Rok XLVII. Kraków, dnia 11 stycznia 1908 Nr 2.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich,
organ Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z zakładu anatomiczno-patologicznego prof. Obrzuta we Lwowie.

Nadnercze a miażdżyca [1]).

Podali

Hornowski i Nowicki
asystenci zakładu.

Nader ciekawe oddziaływanie wyciągów z nadnerczy na ustrój ludzki i zwierzęcy dziś jest już powszechnie znane. Spostrzeżenie to zawdzięczamy, jak wiadomo, Cybulskiemu i Szymonowiczowi, a równocześnie i niezależnie od nich Schäfferowi i Oliverowi. Oddziaływanie to odbija się, jak wiemy, na układzie naczyniowym, wywołując w pierwszym rzędzie klinicznie podniesienie się parcia krwi i zwolnienie tętna.

Od czasu tego spostrzeżenia, a więc od lat 12, powstało już bardzo obszerne piśmiennictwo, cały szereg badań doświadczalnych, które starają się dokładniej wyjaśnić, jaki tu związek zachodzi, a raczej, w jaki sposób wyciągi te działają, czy działanie to odnosi się do środków naczynioruchowych, czy bezpośrednio do ścian naczyniowych. Badania te nie ograniczyły się tylko do doświadczeń fizyologicznych i farmakologicznych; w ostatnich latach doświadczenia te przybrały już piętno ściśle anatomiczne. Przedtem nie zadawano sobie pytania, czy wyciągi owe, wywołujące wspomniane objawy czynnościowe, wywołują również w ustroju ludzkim, czy też zwierzęcym, zmiany anatomiczne.

Na pytanie to pierwszy odpowiedział Josué pracą doświadczalną. Wstrzykując królikom do żył adrenalinę, stwierdzał po pewnym czasie zmiany w tętnicy głównej, które uważał za pewien rodzaj miażdżycy. W ślad za impulsem, danym przez niego, pojawia się szereg, bo przeszło dwadzieścia prac różnych badaczy, którzy posługując się bądźto wyciągami z nadnerczy, bądź innymi środkami sercowymi starają się stwierdzić i rzeczywiście prawie zawsze stwierdzają analogiczne do znalezionych przez Josuégo zmiany. Nie mamy zamiaru w pracy niniejszej roztrząsać pytania, czy stwierdzane przez autorów zmiany w tętnicy głównej zwierząt należy uważać za podobne do miażdżycy ludzkiej; uczyniliśmy to na innem miejscu (Nowiny lekarskie Nr. 10, 11, 1907).

Okoliczność, że wyciągi z nadnerczy działają w sposób znamienny na ustrój ludzki, wywołując wyżej wspomniane typowe objawy czynnościowe, a więc podniesienie się parcia krwi, co, jak wiadomo, klinicznie jest stałem zjawiskiem, miażdżycy towarzyszącem, dalej fakt otrzymania zmian w tętnicy głównej u królika, zmian, niewątpliwie pod wpływem adrenaliny powstałych, co sami własnemi doświadczeniami stwierdziliśmy, nasuwały same przez się pytanie, jak zachowują się same nadnercza u ludzi, dotkniętych tą sprawą chorobową tętnic, oraz, czy i jakie zmiany spotkamy w nadnerczach królików, którym wprowadzono do krwi owe wyciągi.

Odpowiedź na powyższe pytanie, — to cel naszych badań, które też pozwalamy sobie pokrótce tutaj przedstawić.

Badania nasze należy podzielić na dwie części. W pierwszej przeprowadziliśmy badania histologiczne z uwzględnieniem makroskopowego wejrzenia nadnerczy, pochodzących z ludzi, dotkniętych zmianami miażdżycowemi; w drugiej części — badania doświadczalne, polegające na badaniu nadnerczy królików, którym wstrzykiwaliśmy przez pewien czas do żył adrenalinę i u których otrzymaliśmy typowe zmiany adrenalinowe w tętnicy głównej.

Najpierw przedstawimy sposób i wyniki badań nadnerczy ludzkich.

Nadnercza braliśmy ze zwłok ludzi, dotkniętych zmianami miażdżycowemi w stopniu różnym, a więc, gdzie miażdżyca ledwie była zaznaczona aż do zmian z bardzo rozległemi zwapnieniami, rozpadem i t. d. Nadto dla porównania badaliśmy równocześnie nadnercza ludzi, u których nie było miażdżycy i osobników młodych. Między temi, jako punkt wyjścia dla obrazów nadnercza prawidłowego, zbadaliśmy nadnercza, wydobyte w dwie godziny po śmierci dwudziestoletniego samobójcy, u którego nie znaleziono żadnych widocznych zmian anatomicznych, oraz osiemnastoletniej kobiety, zmarłej wskutek krwotoku, u której również nie było zmian anatomicznych w narządach. Jako materyał służyły nam zwłoki o ile możności wkrótce po śmierci, a więc jeszcze ciepłe.

Celem otrzymania nadnerczy o ile możności nienaruszonych, oraz celem dokładnego oglądnięcia ich położenia i stosunku do innych narządów, wyjmowaliśmy wszystkie narządy jamy brzusznej razem i następnie od tyłu

[1]) Rzecz wygłoszona w sekcyi patologicznej X. Zjazdu lek. i przyr. polskich.

»*in situ*« odpreparowywaliśmy nadnercza. Tego rodzaju postępowanie jest wogóle przy badaniu nadnerczy bardzo wskazane. Jestto bowiem narząd, który bardzo łatwo ulega rozdarciu i rozerwaniu. Nieumiejętnemu też i nieodpowiedniemu wyjmowaniu należy bezwątpienia przypisać to mniemanie, że nadnercza tak łatwo i tak prędko w zwłokach ulegają rozpadowi. Niewątpliwie rozpad ten występuje tu prędzej, niż w innych narządach, jednak nie tak prędko i nie w tym stopniu, jak to się zwykle podaje. Nadnercza wyjęte oczyszczaliśmy dokładnie z otaczającego tłuszczu i tkanki łącznej, a następnie ważyliśmy, dokładnie mierzyliśmy i opisywaliśmy ich wyglądanie zewnętrzne oraz na przekroju.

Celem badania drobnowidowego utrwalaliśmy wycięte kawałki w sublimacie, wyskoku, płynie Flemminga i płynie Carneya (wyskok bezwgl. + kw. octowy zgęszczony [zlodowaciały] w stosunku 4:1), nadzwyczaj szybko utrwalającym. Do barwienia posługiwaliśmy się hematoksyliną Delafielda, eozyną, sposobem van Giesona, sposobem Weigerta na włókna sprężyste, metodą Langhansa (jodkiem potasu) na glikogen oraz innemi jeszcze metodami, stosowanemi przez różnych autorów specyalnie przy badaniu nadnerczy. Preparaty zatapialiśmy w celoidynie i parafinie.

Nadnerczy z przypadków miażdżycy badaliśmy 36, a nadnerczy, pochodzących ze zwłok osób miażdżycą niedotkniętych, 122. Co do nadnerczy z przypadków miażdżycy zaznaczyć należy, że pochodziły one, o ile możności, ze zwłok, w których prócz miażdżycy inne zmiany były bardzo podrzędne. Co do wieku, to wahał się on od 42 — 77 lat.

Średnia waga nadnerczy z przypadków miażdżycy wynosiła: prawego 6,2 gr., lewego 7,3 gr., przyczem najcięższe nadnercze ważyło 14,5 gr., najlżejsze zaś 4,2 gr. Średnia waga nadnerczy z przypadków bez miażdżycy wynosiła: prawego 6,4 gr., lewego 7,1 gr. Z porównania więc widzimy, że co do wagi nie ma jakiejś wybitniejszej różnicy między jednemi a drugiemi. Również nie można stwierdzić różnicy co do kształtu; prawe nadnercze bywa zwykle kształtu czapki frygijskiej, lewe więcej wydłużone. Na przekroju nadnerczy z przypadków miażdżycy widać korę składającą się z dwóch pasów; jeden jasno-żółty wybitnie szeroki, potem węższy, ale zawsze silnie zaznaczony pas brunatny i wreszcie istotę rdzenną perłową. W porównaniu z nadnerczami niemiażdżycowemi należy głównie podnieść zawsze silnie występującą ową warstwę brunatną. Naczynia, spotykane na przekroju, mają zazwyczaj zgrubiałe ściany i zieją.

Badaniem drobnowidowem stwierdzano następujący obraz: Torebka nadnerczy stale, czasem nawet bardzo wybitnie zgrubiała, a zgrubienie to należy odnieść przedewszystkiem do przerostu tkanki fibroblastycznej, nie mniej jednak przyczynia się do niego pomnożenie włókien mięsnych torebkowych, a także zgrubiałych naczyń. Tkanka łączna torebki często pasemkami, jakby przegródkami, wnika w korę, t. j. w warstwę kłębkowatą; w tych przypadkach, gdzie wnikanie to jest wybitniejsze, towarzyszy mu zanik, nawet znaczny, tejże warstwy korowej, zanik, który, być może jest następowym i miejscami może być zupełnym tak, że komórek gruczołowych tejże warstwy wykazać nie można.

Zmiany w korze dotyczyły po największej części wszystkich trzech warstw, t. j. kłębkowatej *(z. glomerulosa)*, pęczkowatej *(z. fasciculata)* i siatkowatej *(z. reticularis)*, jednak w stopniu różnym. I tak zmiany w warstwie kłębkowatej cechowały się głównie zanikiem i tu również w stopniu różnym; a więc grupy komórkowe czyli poszczególne kłębki były zmniejszone, silnie się barwiące, nieraz grupa taka składa się zaledwie z dwóch lub trzech komórek; w miarę większego ich zaniku cała warstwa cieńczeje, nieraz tak znacznie, że odrazu pod torebką zaczyna się warstwa pęczkowata.

Im więcej składniki gruczołowe warstwy kłębkowatej ulegają zanikowi, tem silniej między nimi rozwinięta jest tkanka łączna i rozszerzone naczynia włosowate. Warstwa pęczkowata okazuje stosunkowo najmniejsze zmiany; cechują się one procesami wstecznymi w samych jej komórkach gruczołowych, a więc pojawianiem się nieraz bardzo obfitem wakuol, rzadziej kulek tłuszczu lub zmniejszaniem się w całości sznurów komórkowych, między którymi występują wówczas na plan pierwszy rozszerzone z wybujałymi nierzadko śródbłonkami naczynia włosowate, lub silnie pasmowato rozwinięta między niemi tkanka łączna. Warstwa siatkowata odznacza się, poza obrazem mniej lub więcej posuniętego zaniku i to nie zawsze, bardzo silnie nagromadzonym w komórkach gruczołowych barwikiem i to na granicy warstwy pęczkowatej. Nagromadzenie to zaznacza się już nieraz na preparacie pasmem żółtawem, widocznem okiem nieuzbrojonem. Nadto spotykaliśmy wśród kory gdzieniegdzie gniazdami rozrzucone nacieki drobnokomórkowe. Włókna sprężyste, silniej w torebce rozwinięte, występują w samej korze bardzo słabo, zaznaczając się zaledwie tu i ówdzie przewijającemi się cienkiemi włókienkami.

Wogóle w korze stwierdzaliśmy po największej części objawy zaniku samych komórek gruczołowych z następowym rozwojem tkanki łącznej.

Istota rdzenna zmian wybitniejszych nie okazuje. Tu już rzadziej spotykaliśmy zmniejszenie komórek miąższowych z silniejszym rozwojem tkanki łącznej. Komórki nerwowe znajdowały się zazwyczaj w dość skąpej ilości; natomiast dobrze rozwinięte w gęstych splotach włókna sprężyste i naczynia o ścianach wybitnie zgrubiałych.

Przy histologicznem badaniu nadnerczy uwzględnić należy pewne dość specyalne, a dla tkanki nadnercza charakterystyczne metody barwienia. Do metod tych tem większą w badaniach naszych przykładaliśmy wagę, że, jak już z powyższego przedstawienia zauważyć można, w badanym przez nas materyale przy zwykłych sposobach barwienia nie znaleźliśmy jakichś charakterystycznych zmian. Przy barwieniu komórek kory i substancyi rdzennej nadnerczy barwią się one wogóle bardzo rozmaicie; i tak komórki kory szczególnie łatwo i dobrze barwią się barwikami plazmatycznymi, jak eozyna, kwas pikrynowy, erytrozyna, błękit lyoński i t. d., natomiast komórki substancyi rdzennej barwią się silnie podobnie, jak jądra, barwikami jądrowymi, a więc safraniną, hematoksyliną i t. d.

(Dok. nast.)

Z oddziału chorób wewnętrznych szpitala krajowego w Sarajewie.

Spostrzeżenia o wartości rozpoznawczej tuberkuliny, szczepionej na skórze i wkraplanej do worka spojówkowego.

Podał

Prof. Dr L. Korczyński.

(Dokończenie).

Grupa trzecia obejmuje 16 przypadków chorób zakaźnych, w tem 7 przypadków duru brzusznego, 2 przypadki zakażenia prawdopodobnie paratyfusowego, 6 przypadków zapalenia płuc, 1 przypadek podostrego zapalenia stawów.

Z pośród chorych na dur u czworga nie występował odczyn zupełnie, u trzech chorych był natomiast wyraźny. Pomiędzy pierwszymi czterema chorymi było dwóch, u których badanie płuc wykazało wyraźną ograniczoną zmianę włóknistą w szczycie po stronie prawej. Jeden z nich podawał, że przed kilku laty chorował na dur brzuszny, a potem i podczas zdrowienia i później kaszlał. Prawdopodobnie wtedy przeszedł szczęśliwie sprawę gruźliczą ściśle ograniczoną. Co do drugiego chorego, nie można było na podstawie wywiadów zasięgnąć żadnych wiadomości o pochodzeniu zmiany szczytowej. W każdym razie obu tych chorych trzeba zaliczyć do rzędu osób, które kiedyś miały gruźlicę i zupełnie się z niej wyleczyły. Brak odczynu tuberkulinowego jest przy takiem pojmowaniu rzeczy zupełnie zrozumiały.

U chorych, u których otrzymano odczyn tuberkulinowy w okresie zdrowienia, powstawał on najprawdopodobniej dlatego, że nie byli wolni od gruźlicy. Jeden z nich przeszedł ciężki dur powikłany ogniskowem zapaleniem płuc; w okresie zdrowienia pojawiały się u niego od czasu do czasu nieregularne wahania ciepłoty, przychodził do sił bardzo powoli, a w chwili opuszczenia szpitala były objawy zagęszczenia w szczycie prawym. U drugiego chorego można było stwierdzić objawy nieżytu szczytu płuca prawego. Trzeci wreszcie chory, który obecnie przechodzi okres zdrowienia po durze średniego nasilenia, podaje w wywiadach, że już od połowy sierpnia nie czuł się zdrowym, że miewał dreszczyki i uczucie gorączki. Na oddział został przyjęty 22. XI. Gorączka o typie gorączki stałej trwała do 29. XI. Od tego czasu utrzymuje się stan podgorączkowy ze wzniesieniami do 38^0 C, wyjątkowo wyższemi. Przypadłości w zakresie narządu pokarmowego niema żadnych. Chory pomimo to nie odzyskuje w tej mierze sił, jakby się tego wobec młodego jego wieku (liczy lat 23) spodziewać należało. Kaszlu niema. Badanie płuc stwierdza bardzo nieznaczne przytłumienie odgłosu opukowego w szczycie prawym, a jeszcze mniej wyraźne w szczycie lewym, oraz mierne zaostrzenie szmerów oddechowych. Przypadek ten posłużyć może do objaśnienia, jak oględnie oceniać trzeba wynik odczynu tuberkulinowego u chorych durowych. Odczyn dodatni nasuwa w każdym razie przypuszczenie sprawy gruźliczej i lepiej pojmować go w ten sposób, aniżeli szukać wytłómaczenia przyjmując hipotetyczną nadmierną wrażliwość wobec toksyn drobnoustrojowych wogóle, wynikającą z zakażenia lasecznikami Ebertha, jak to czyni Cohn.

Z dwóch przypadków przypuszczalnego paratyfusu stwierdzono w jednym tylko odczyn dodatni. Chory ten wyzdrowiał po 13-dniowym okresie gorączki. Kilkakrotnie wśród tego występowały dość obfite poty. Spadek ciepłoty był nagły. Po ustąpieniu gorączki pojawiały się jeszcze w dalszym ciągu nieznaczne wzniesienia ciepłoty, a badanie płuc stwierdziło, jako wytłómaczenie tych wzniesień, objawy zagęszczenia szczytu. Jeszcze w dwa tygodnie po ustąpieniu gorączki paratyfusowej stwierdzono stan podgorączkowy krótkotrwały.

Z 7 chorych na zapalenie płuc wyraźny odczyn tuberkulinowy był u jednego. U chorego tego nastał spadek ciepłoty przełomowy *(per crisim)* d. 24. XI. Aż do tej chwili (16. XII.) pojawiają się od czasu do czasu wzniesienia ciepłoty, a badanie płuc stwierdza, obok tworzącego się zwyrodnienia włóknistego płuca, które było zajęte zapaleniem, wyraźne objawy zagęszczenia w szczycie prawym.

Ostatni przypadek, należący do tej grupy, dotyczy strażaka pożarnego. Nie skarżył się on zupełnie w chwili przyjęcia na oddział na przypadłości w zakresie narządu oddechowego, a tylko na ból i obrzęk w obu stawach skokowych. Dodatni wynik wkraplania i szczepienia tuberkuliny zwrócił uwagę na płuca, a wtedy wyszło na jaw, że chory dawniej kaszlał, a nawet pluł krwią. Za przyczynę krwioplucia trzeba przyjąć obecność bardzo zresztą nieznacznej zmiany w szczycie prawym. W ciągu pobytu chorego na oddziale pojawiło się jako pewne potwierdzenie tego przypuszczenia suche zapalenie opłucnej po stronie prawej.

Grupa czwarta obejmuje 19 przypadków rozmaitych chorób przewlekłych. Umieszczone poniżej zestawienie ułatwi przegląd tych spostrzeżeń (p. tabl. str. 18).

Z ogólnej liczby wymienionych w tem zestawieniu przypadków stwierdzono w 4 wyraźny odczyn tuberkuliny. Żaden z tych chorych nie podawał w wywiadach szczegółów, któreby można odnieść wprost do gruźlicy. Mimo to można u wszystkich stwierdzić pewne zmiany w płucach i to w szczytach, a więc w tem miejscu, gdzie gruźlica prawie zawsze się usadawiać zwykła. U chorej l. p. 4 występuje nadto od czasu do czasu stan gorączkowy, a kilka razy zjawiało się krwioplucie i to w tym okresie, kiedy pod wpływem bezwzględnego spokoju i podawania leków, skrzepiających serce i wzmagających wydzielanie moczu, zmniejszyło się osłabienie serca i ustąpiły objawy zastoju, zwłaszcza w płucach.

Między pozostałemi 15 spostrzeżeniami, w których odczyn nie występował, zasługuje kilka na większą uwagę. Historyę chorób tych chorych streścimy wobec tego w ogólnych zarysach.

1) Marko G. (zob. tabl. l. 18). Chory przybył do szpitala, żaląc się na kaszel i opuchnięcie nóg. Od czasu do czasu miała się pokazywać krew w plwocinie. Badanie narządu oddechowego stwierdza przytłumienie odgłosu opukowego w okolicy wnęki płuc i w szczycie prawym. W szczycie wdech nieoznaczony, między łopatkami zbliżony do oskrzelowego, skąpe rzężenia średniobańkowe, dźwięczne. Plwocina śluzowo-ropna, zlewająca się, lepkawa bez domieszki krwi. Narząd krążenia prawidłowy. Okostna kości goleniowej prawej wyraźnie zgrubiała; na kości goleniowej lewej wyraźne zgrubienie po złamaniu. W moczu 5‰ białka. Osad skąpy z małą ilością wałeczków szklistych, z pojedyńczymi wałeczkami ziarnistymi, nielicznemi ciałkami białemi. Skóra blada, gruczoły chłonne na karku, w pachwinie i nad przegubem łokciowym macalne, dość twarde. Wywiady co do

Liczba porz.	Imię i nazwisko, wiek	Dzień przyjęcia w roku 1907	Rozpoznanie	Odczyn	Uwaga
1	J. Z., lat 50	24. X.	Arthritis deformans	Nie występuje.	W narządzie oddechowym zmian nie ma.
2	K. Z., lat 55	28. X.	Gonitis rheumat.	„	W narządzie oddechowym zmian nie ma.
3	M. M., lat 85	23 VIII.	Myocarditis chron., atherosis art. emphys. pulm.	„	W narządzie oddechewym zmian nie ma, prócz rozedmy.
4	M. M., lat 38	10. XI.	Insuff. v. bicuspid. myocarditis, cirrhosis hepatis cardiaca.	Spojówkowy wyraźny.	Zmiany w narządzie oddechowym, zob. niżej.
5	A. G., lat 41	11. XI.	Myocarditis chron., atherosis art.	Nie występuje.	Nieżyt oskrzelowy, zmian wypuk. nie ma.
6	P. K., lat 50	20. XI.	Insuff. v. mitr. dilatatio cordis ssq. insuff. v. tricuspid.	„	Nieżyt zastoinowy — hydrothorax.
7	M. S., lat 30	28. XI.	Nephritis chronica.	Wyraźny.	Zagęszczenie w szczycie płuca prawego.
8	S. P., lat 60	20. XI.	Nephritis chronica in indiv. c. emph. pulm.	„	Zagęszczenie w obu szczytach.
9	S. V., lat 40	11. XI.	Nephritis chron. condens. ap. dex.	„	
10	N. A., lat 14	19. XI.	Enteritis catarrh.	Nie występuje.	Zagęszczenie włókniste w szczycie płuca prawego.
11	S. O., lat 34	25. XI.	Gastroenter. chron. T. hepatis et lienis (Cirrh. hep. incip?).	„	W płucach zmian nie ma.
12	M. T., lat 36	7. XI.	Neoplasma ventriculi.	„	„
13	R. P., lat 37	19 XI.	Cholelithiasis atypica, indur. apicum et synech. pleur.	„	
14	H. H., lat 48	29. X.	Fibrosis pulm. dextri, bronchitis foet., gangr. pulm.	„	Zobacz niżej.
15	F. B., lat 18	10. XII.	Pneumonia chronica lobi infer sin.	„	„
16	P. F., lat 30	13. XII.	Residua pleuropn. dex.	„	„
17	J. M., lat 40	13. XII.	Pyothorax post pleuropneumon.	„	„
18	M. G., lat 30	9. XII.	Nephritis chron., condens. pulm. luetica.	„	„
19	M. D., lat 35	28. XI.	Hysteria in indiv. c. cond. ap.	Wyraźny.	„

kiły ujemne. Odczyn tuberkulinowy nie występuje, badanie bakteryologiczne plwociny nie wykrywa laseczników Kocha. Wobec tego wyniku badania nasuwało się przypuszczenie, że sprawa w płucach jest przyrody nie gruźliczej, lecz kiłowej. Choremu podano jodek potasu w ilości 3 grm. dziennie, z myślą o odczynie, opisanym swego czasu przez Strickera, który po tym leku powstaje w ogniskach gruźliczych, a objawia się zwiększeniem ilości rzężeń, nierzadko i podniesieniem ciepłoty ciała. U naszego chorego nietylko, że nie stwierdzono tego działania, ale przeciwnie zmniejszenie się ilości rzężeń. Przypuszczenie kiły stało się przez to tem prawdopodobniejszem, a na możliwość takiego pochodzenia zmian w płucach zwrócił uwagę w pierwszym rzędzie wynik badania zapomocą tuberkuliny. Chory zażywa w dalszym ciągu rozczyn soli jodowej. O wyniku tego leczenia i o przebiegu choroby postaram się zdać sprawę przy nadarzonej sposobności.

2) Franio B. (zob. tabl. l. 15), przebył podług wywiadów przed 3 miesiącami zapalenie płuc. Od tego czasu kaszle i czuje się osłabionym. Badanie wykazuje objawy zagęszczenia dolnego płatu płuca prawego. Odczyn tuberkulinowy nie występuje, stosowne badanie plwociny nie wykryło laseczników Kocha. W czasie tygodniowego pobytu chorego w szpitalu nie stwierdzono nigdy podniesienia ciepłoty, a natomiast zauważono poprawę stanu ogólnego. Zgadza się to najzupełniej z ujemnym wynikiem badań w kierunku gruźlicy i każe zmianę w płucach uważać za zwykłą pozostałość po zapaleniu płuc.

3) Nikola A. (zob. tabl. l. 9). Od kilku tygodni kaszel, od tygodnia przypadłości żołądkowo-jelitowe, kilkakrotne wymioty, odbijania, mierna biegunka, bole w brzuchu. Wobec tych wywiadów zupełnie było uzasadnione przypuszczenie, że u chorego rozwija się gruźlica, a to tem bardziej, skoro badanie płuc stwierdzało zagęszczenie w szczycie płuca prawego, jakkolwiek bez objawów osłuchowych. Szczepienie i wkraplanie tuberkuliny dało w tym przypadku również wynik ujemny; badania plwocin nie można było wykonać wobec zupełnego ich braku. Dalszy przebieg choroby był zupełnie pomyślny i chory mógł już po 2 tygodniach opuścić szpital w stanie pod każdym względem zadowalniającym.

4) Rudolf P. (zob. tabl. l. 13). Od dłuższego czasu pojawiają się bole w brzuchu i przypadłości jelitowe. Niejednokrotnie doznawał chory kłucia w klatce piersiowej, miewał od czasu do czasu nieżyty oskrzelowe. Przed dwoma tygodniami po przeziębieniu dreszcze, silne kłucie po obu stronach klatki piersiowej, suchy kaszel. W 10 dni później bole kurczowe w brzuchu. Stolec zaparty, występuje tylko po wlewaniach. W dniu przyjęcia do szpitala stwierdzono: Rysy twarzy nieco zaostrzone, spojówka wyraźnie żółto zabarwiona. Brzuch wzdęty, przy obmacywaniu bolesny, powłoki napięte. W moczu wyraźny ślad białka. W zakresie klatki piersiowej przytłumienie odgłosu w szczytach na małej przestrzeni w dole po stronie prawej z tyłu; szmery szorstkie w górze, w dole osłabione. W sercu zmian nie ma. Tętno dość małe, 110 w minucie. Ciepłota ciała w pierwszym dniu pobytu w szpitalu między 36·4 a 38·4. W dalszym przebiegu występują od czasu do czasu bole w brzuchu; towarzyszy im zawsze zaparcie stolca i przelewanie w kiszkach. Ciepłota ciała, zazwyczaj prawidłowa, podnosi się niekiedy bez widocznej przyczyny w nieregularnych odstępach czasu nawet do 39° C i nieco wyżej. Badania kału stwierdzają w pierwszych dniach znaczne różnice co do zbitości i barwy; parę razy pojawiły się stolce silnie żółcią zabarwione, zielone. Z ustąpieniem bolesności brzucha można było stwierdzić powiększenie wątroby i bolesność jej, najwyraźniejszą w dołku podsercowym i w zakresie płatu lewego, obok wyraźnej ograniczonej zbitości. We krwi mierna hiperleukocytoza neutrofilna. Rozpoznanie wahało się w początkach między gruźlicą i zapaleniem gruźliczem otrzewnej, a chorobą wątroby, względnie przewodów żółciowych. Dalszy przebieg sprawy, poprawa po podaniu salicylanu sodowego i wody karlsbadzkiej, zupełny brak odczynu tuberkulinowego, przechyliły rozpoznanie stanowczo ku tej drugiej stronie. Za sprawę pierwotną przyjęliśmy kamicę wątrobową, a za dalsze jej następstwo nieżytowe zapalenie przewodów żółciowych. Zachowanie się tego chorego wobec tuberkuliny było jednym z ważnych szczegółów, który pozwolił wyłączyć gruźlicze zapalenie otrzewnej. O innych nie będziemy tu mówić, gdyż zależy nam na uwydatnieniu roli tuberkuliny, a nie na opisie przypadku, choć zresztą niewątpliwie ciekawego.

5) Hussein H. (zob. tabl. I. 14). Od wielu lat kaszel, częsta duszność, w sierpniu zapalenie płuc, przebyte w szpitalu. Od tego czasu czuje się chory niedobrze, kaszle więcej, miewa od czasu do czasu poty i gorączkę. W plwocinie miała się pokazywać od czasu do czasu krew. Badanie klatki piersiowej stwierdza objawy zagęszczenia całego płuca prawego i części płuca lewego z dużą ilością rzężeń. Plwocina obfita, cuchnąca. Przebieg ciepłoty ropniczy. Odczyn tuberkulinowy nie występuje. Kilkakrotne badania co do prątków Kocha z wynikiem ujemnym. Rozpoznanie: zwyrodnienie włókniste płuc, nieżyt cuchnący oskrzeli, zgorzel płuc. Rano 12. XII. obfity krwotok płucny, śmierć. Badanie pośmiertne potwierdziło rozpoznanie kliniczne.

Że w tym przypadku oceniano właściwie istotę choroby, zawdzięczać należy badaniu zapomocą odczynu tuberkulinowego. Wynik badania fizycznego zdawał się przemawiać za gruźlicą i to przypuszczenie wobec ograniczonego czasu, jaki był przy wielkim materyale chorych i bardzo niewystarczającej liczbie sił lekarskich, nabyłoby było znaczenia rozpoznania, gdyby brak odczynu nie był zwrócił uwagi na tego chorego i nie pociągnął za sobą dokładniejszego badania.

Przedstawiając w skróceniu historye chorób tych przypadków, które ze względów praktycznych nadają się na przykłady dla ocenienia znaczenia rozpoznawczego tuberkuliny, czynię to w tej myśli, aby ułatwić poniekąd ostateczny sąd o wyniku wykonanych badań, a nie ograniczać się wyłącznie do suchego streszczenia osobistych spostrzeżeń i do podania końcowych wniosków. Zasadnicza ocena szczepień i wkraplań tuberkuliny nie może być ujemna. Posiadają one istotną wartość. Poszlibyśmy jednak stanowczo za daleko, gdybyśmy sprawę w ten sposób przedstawiać chcieli, że w nowym sposobie badania czerpać możemy nieomylne wskazówki rozpoznawcze. O wiele właściwiej będzie, jeśli zadowolnimy się stwierdzeniem, że odczyn dostarcza podstaw dla wytknięcia właściwego kierunku badania, a znaczenia rozpoznawczego nabiera dopiero w połączeniu z innymi objawami i z innymi szczegółami, uzyskanymi przez badanie. Stanowisko powyższe jest mojem zdaniem wskazane zarówno wtedy, gdy mamy przed sobą chorego, wrażliwego na szczepienie, czy też wkraplanie tuberkuliny, jak i wtedy, gdy ustrój zachowuje się wobec tuberkuliny obojętnie. Ażeby je uzasadnić, wystarczy wskazać na przypadki chorób zakaźnych u osób, które nie są wolne od gruźlicy. Chorzy tacy zapadają na zimnicę, dur brzuszny, paratyfus, grypę itd.; przebieg choroby jest mało znamienny, nasuwa się przypuszczenie gruźlicy, na skórze lub na spojówce powstaje odczyn. Jeślibyśmy tylko na tym szczególe opierać chcieli rozpoznanie, rozpoznamy gruźlicę i pomylimy się. Ten chory ma gruźlicę, ale w danej chwili nie choruje na nią, lecz na inną chorobę. Że ostrożność jest w takich razach bardzo wskazana, pokazuje przypadek paratyfusu, pomieszczony w III grupie naszych spostrzeżeń.

Co do przypadków, nie dających odczynu, to w tym kierunku nietylko obecne moje spostrzeżenia, ale i wszystkie poprzednie uczą, że odczynu może brakować u chorych niewątpliwie gruźliczych, jeśli sprawa przebiega w postaci ostrej, albo jeśli okres gruźlicy jest późny, a u chorych z wyraźną cherą.

Ostateczne wnioski o znaczeniu wkraplań i szczepień tuberkuliny streściłbym na podstawie dotychczasowych doświadczeń w następujący sposób:

1) U chorych, u których niema objawów chery lub objawów choroby ostrej, uważać można odczyn tuberkulinowy za oznakę gruźlicy.

2) Przy braku odczynu można w tych samych warunkach gruźlicę wyłączyć.

3) U chorych, u których są objawy ostrej choroby, należy wyniki szczepień i wkraplań tuberkulinowych oceniać ostrożnie.

4) Przy rozległych zmianach w płucach nic dowodzi brak odczynu sam przez się, że gruźlicy nie ma.

5) Przy zapaleniu otrzewnej przemawia odczyn za przyrodą gruźliczą sprawy.

6) Brak odczynu w przypadkach niewątpliwej gruźlicy jest oznaką niekorzystną.

7) Na podstawie dotychczasowych badań nie można jeszcze osądzić, o ile stopień odczynu dostarczyć może wskazówek dla rokowania o przebiegu gruźlicy.

Oceny i sprawozdania.

Dr Fr. Giedroyć. **Zapiski do dziejów szpitalnictwa w dawnej Polsce.** (Warszawa 1908, stronic 132. Rzecz drukowana w »Kronice Lekarskiej«.

Dr Giedroyć należy do rzędu tych pisarzów, którzy pracą żmudną, lecz wytrwałą, zbierają przez lata całe wiadomości do dziejów medycyny w Polsce w myśl hasła Kołłątaja: »Szukajmy materyałów — znajdzie się dziejopis«. Praca to bardzo pożyteczna; owszem niezbędna nawet, albowiem toruje ona drogę przyszłym historykom medycyny naszej, którzy z materyałów, przez Gąsiorowskich, Kośmińskich i Giedroyciów zebranych, spróbują stworzyć syntezę naszego ruchu umysłowo-społecznego w dziedzinie nauki i sztuki lekarskiej.

Z umysłu, mówiąc o Drze Giedroyciu, wspomniałem na zwisko wielce zasłużonego zbieracza wiadomości do historyi medycyny w Polsce — Gąsiorowskiego. Zasługi ich są bardzo podobne: obaj nagromadzili sporo, nieraz cennych bardzo matcryałów historycznych, i pod tym względem nikt im u nas nidorównał. Pisma ich są przeznaczone nie dla szerszego koła czytelników, a jeno dla szczupłego grona specyalistów, stąd popularni nigdy oni nie byli. Któż bowiem, kogo dzieje medycyny w Polsce bliżej nie obchodzą, zechce czytać lub choćby tylko przeglądać materyały historyczne, wydawane n. p. przez Dra Giedroycia? A jednak odczytywanie takich materyałów niejednokrotnie może przynieść czytelnikowi daleko więcej pożytku, aniżeli czytanie bez talentu napisanego opracowania poszczególnych tematów, dotyczących historyi medycyny u nas. Odczytywanie materyałów posiada zawsze tę niezaprzeczoną zaletę, iż w ten sposób poznajemy bezpośrednio niejako dawne dzieje w całej ich prawdzie. Nieraz jeden odczytany dokument silniej do nas przemówi, aniżeli długie nawet rozprawianie o tym dokumencie, bez przytoczenia go w całości. Dlatego sądzę, że czytanie dokumentów historycznych nietylko specyalistom pożytek i przyjemność sprawić może. Rzecz prosta, że dobrze napisanej rozprawy historycznej żadne wydawnictwa materyałów zastąpić nie mogą. Lecz dopóki te dobrze napisane rozprawy historyczne z dziedziny medycyny u nas niemal na palcach policzyć możemy, — tak ich niewiele posiadamy, — starajmyż się przynajmniej cokolwiek zapoznać z materyałami do dziejów medycyny w Polsce, gdyż w przeciwnym razie dzieje te będą nadal pozostawały dla nas jakąś krainą całkiem nam nieznaną. Aby zaś przeszłość medycyny w Polsce nie była dla nas »terra incognita«, o to stara się, między innymi i przedewszystkiem dr Giedroyć, nie ustając w pracy nad zbieraniem i wydawaniem materyałów.

Kto pragnie poznać wiadomości z życia lekarzów w dawnej Polsce, kto chce się dowiedzieć o pismach tych lekarzów, kto się interesuje ustawami naszych cechów cyrulickich, kogo obchodzą dzieje szpitali w Polsce, ten bez materyałów, wydanych przez Dra Giedroycia, obejść się nie może.

Niedawno wyszła z druku książka Dra Giedroycia p. n. »Zapiski do dziejów szpitalnictwa w dawnej Polsce«. Na tę właśnie książkę, zawierającą sporo materyałów do historyi szpitalnictwa u nas, pragnę zwrócić uwagę czytelników.

»Zapiski do dziejów szpitalnictwa w dawnej Polsce« składają się z trzech części. W pierwszej części podaje autor treściwy zarys szpitalnictwa naszego w czasach przedrozbiorowych. Część ta oparta jest na materyałach, przez autora zebranych

i w dwu następnych częściach książki podanych. Część druga zawiera spis szpitali wszystkich, o których autor znalazł gdziekolwiek choćby najkrótszą tylko wzmiankę. Spis szpitali ułożony jest alfabetycznie według nazw miejscowości, w których szpitale się znajdowały. Część tę opracował autor, opierając się na materyałach dotąd niewydanych, oraz na całym szeregu dzieł drukowanych, w których znajdują się wiadomości o szpitalach w dawnej Polsce. Spis tych dzieł podaje autor w przedmowie. Część wreszcie trzecia zawiera właściwe materyały, składające się z wyciągów z rękopismów, głównie z Metryki Koronnej i z dawnych Akt miejskich warszawskich.

Z książki Dra Giedroycia możemy się dowiedzieć, jak wielką była u nas liczba szpitali! Świadczy to o niemałej dobroczynności publicznej, bo, jak wiadomo, szpitale były dawniej nawskróś instytucyami dobroczynnemi, dającemi przytułek ubogim, kalekom i chorym.

W »Zapiskach« Dra Giedroycia znajdzie czytelnik sporo ciekawych wiadomości takich np., jak o zabezpieczeniu losu robotników, którzy zdrowie stracili, jak o domach podrzutków i t. p.« »Górnicy, — czytamy w »Zapiskach« na str. 10 —, »którzy pracując w kopalniach, przez nieszczęśliwe przypadki postradali ręce i nogi, straciwszy zaś zdrowie, nie mogli się jąć ponownie pracy, ani też nie mieli gdzie skołatanej głowy przytulić««, mieli szpitale w Wieliczce i Bochni od r. 1363; król Zygmunt August 1553 r. wyznacza 20 marek rocznie Doktorowi Anzelmowi Ephorinusowi z obowiązkiem udzielania pomocy lekarskiej chorym górnikom w Wieliczce, w roku zaś 1644 Władysław IV. nakazał odbudować tam łaźnię, osadził przy niej chirurga, oraz założył »»kuchnię publiczną, w której górnicy chorzy lub nie mający własnych ognisk domowych, mieliby łatwość nabycia sobie pożywienia««. Atoli o górników dbała nietylko władza przełożona, lecz i sami oni mieli pieczę o swych towarzyszach, którzy utracili zdolność do pracy, i o ich rodzinach. W Olkuszu np. zapadła w dniu 13 lutego 1671 roku następująca uchwała górników: ».... póki Pan Bóg miłościwy skarbu swego w górach tuteyszych ilkuskich pożyczać y udzielać będzie raczył, wiecznemi czasy wkładamy y postanawiamy niezłomnie to laudum mieć chcemy: A to na potrzeby nas wszystkich górników tak na prawne nakłady i koszty.... iako też dla ubogich i nędznych górników, chorych i niedołężnych, albo których góra przytłucze, pokaliczy, na opatrzenie ich w chorobach, alias na pogrzeby ciał grzesznych, wdów y sierot ratunku potrzebuiących, których rodzice w niedostatku odumierają, na wyżywienie i wychowanie ich, y na insze wszystkie potrzeby górnicze, żeby wszyscy.... od każdego złotego zarobionego na każdy tydzień przy płacy.... grosz ieden od iednego złotego, od dziesiątka groszy ieden szeląg dawali.... do rąk pisarza naszego pod surowym karaniem i winą czternastu grzywien« (str 44).

Niemniej ciekawe wiadomości znajdujemy w »Zapiskach« Dra Giedroycia o podrzucaniu dzieci: »Podrzucanie dzieci było tolerowane, byleby niemowlęta składano w miejscu bezpiecznem i ku temu wskazanem. Podług przywileju Zygmunta Augusta z r. 1552 dla szpitala sierót w Gdańsku (Xenodochium Orphanorum) »»każdy przyłapany na podrzuceniu dziecka w innem miejscu, nie zaś w tym szpitalu, ma uledz karze cielesnej lub innej publicznej, ten zaś kto winien będzie śmierci dziecka podrzuconego i przez psy i świnie pogryzionego, ma głowę dać««. O kole do składania niemowląt-podrzutków podawano w Warszawie ogłoszenia do pism publicznych; czytamy np. w »Gazecie Warszawskiej« z dnia 13. stycznia 1776 r.: »»Dla zapobieżenia publicznemu zgorszeniu i dwoiakiey niewiniątek śmierci, gdy pod progi, drew stosy i inne ludziom niewiadome mieysca, dzieci złego łoża kładzione, od zimna i głodu umierać muszą, donosi się Publico, iż przy furcie Szpitala Generalnego Warszawskiego pod tytułem Dzieciątka Jezus iest umyślnie zrobione koło, czyli szafeczka od ulicy dzień i noc otworem stojąca, tym końcem, aby tam dzieci złego łoża kładzione z ulicy, a obrócone tymże kołem do Szpitala bez żadnej trudności dostawać się mogły«« (str. 12).

Znamienne są również przepisy przeciw żebrakom, do pracy zdolnym. W »Ustawach dla miasta Poznania«, przez »Komisyę Dobrego Porządku« ułożonych (autor nie podaje daty tych ustaw), znajdujemy ustęp o »dziadach i babach po mieście i przedmieściach tułających się«. »Ponieważ po mieście — czytamy w ustawach rzeczonych — znaczna zagęściła się liczba ubóstwa, z których jedni prawdziwie podeszłego i zgrzybiałego wieku, oraz kalectwem złożeni, drudzy zaś zapuściwszy brody podeszłość wieku jakoby oznaczające i nikczemną odzieżą powlekłszy ciało swoje, lubo do roboty zdatni, jednakże na próżniactwie wiek swój i pijaństwie (jak się widzieć daje) trawią, przeto Komisya, nie chcąc przepomnieć tej sprawiedliwej, dla zapobieżenia próżniactwu i rozeznaniu prawdziwie kaleki lub nie, okoliczności, zawiadamia, iż wszyscy kalecy ubodzy, baby i dziady do roboty niezdatne, powinni mieć zaświadczenie od doktorów poznańskich prawdziwe, któreby kalectwo ich lub niezdatność do roboty oznaczały, inaczej nie mający takowego zaświadczenia zleca Komisya instygatorowi policyi miejskiemu tudzież hetmanowi i pachołkom ratusznym takowych dziadów i baby do roboty zdatnych łapania, ich z oszukania ludzi zgromadzonych zbiorów zabrania i sobie przywłaszczenia, na ratusz wtrącenia, tam przez niedziel cztery trzymania, do roboty i chędożenia miasta codziennie wyprowadzania, w każdy Piątek rózg pięćdziesiąt każdemu wyliczenia, po tym ogolenia i z ratusza po wyjściu niedziel czterech wypuszczenia, nad czym Szlachetny Magistrat mieć będzie wszelką baczność, doktorowie zaś, iż rzetelnie dawać będą zaświadczenia, Komisya spodziewa się. Żeby zaś niniejsze rozrządzenie było każdemu wiadome, Komisya na czterech rogach Rynku przy trąbie ogłaszać przez cały tydzień codziennie nakazuje« (str. 95).

Z ustępów wyżej przytoczonych czytelnik osądzić może, z jakiego rodzaju materyałem historycznym będzie miał do czynienia, czytając »Zapiski« Dra Giedroycia.

Najcenniejszą częścią omawianej pracy Dra Giedroycia jest, zdaniem mojem, część druga, zawierająca bardzo skrzętnie zestawiony spis szpitali w dawnej Polsce. Lecz tej właśnie części pracy Dra Giedroycia można zrobić dwa, nieznaczne zresztą, zarzuty. Pierwszy zarzut ściąga się do niezawsze ścisłego określania miejscowości, w których znajdowały się szpitale. Ponieważ dawna Polska dzieliła się na województwa, te zaś na powiaty, ziemie i księstwa (do Województwa Krakowskiego należały np. trzy księstwa: Oświecimskie, Zatorskie i Siewierskie), przeto byłoby najwłaściwiej, określając miejscowość, w której się szpital znajdował, podać w nawiasie województwo i powiat, ziemię lub księstwo. Natomiast Dr Giedroyć raz podaje tylko nazwę województwa, w którem się znajdowała dana wieś lub dane miasteczko, szpital posiadające; drugi raz tylko nazwę powiatu; trzeci raz wymienia tylko dekanat, w innym wreszcie razie zupełnie bliższych określeń nie podaje (np. na str. 26 mówiąc o Gombinie i o Goraju, nie wspomina ani nazwy powiatu, ani nazwy dekanatu, ani nazwy województwa, w których się te miejscowości znajdowały). Niewłaściwem również wydaje mi się podawanie nazw gubernii dla bliższego określenia pewnej miejscowości (na str. 39 powiedziano, że Łask leży w gub. piotrkowskiej, a na str. 52, że Rypin znajduje się w gub. płockiej), gdyż w dawnej Polsce gubernii nie było.

Drugi zarzut dotyczy braku dokładnego podawania źródeł wiadomości o każdym szpitalu. Wprawdzie w tych przypadkach, w których autor czerpał wiadomości z rękopismów, źródło zawsze jest podane; lecz w tych przypadkach, w których autor zbierał wiadomości z dzieł drukowanych, — a przypadków takich jest znaczna większość, — źródła nie podaje, ograniczając się jedynie do wyliczenia we wstępie dzieł, z których korzystał. Chcąc przeto odszukać drukowane już źródło wiadomości o jakimś szpitalu, trzebaby przejrzeć wszystkie dzieła, z których autor korzystał.

Poza temi dwiema drobnemi usterkami nie znalazłem w »Zapiskach« Dra Giedroycia nic, coby obniżało choć cokolwiek wartość cennej jego książki. *A. Wrzosek.*

Doc. Hildebrandt: **Schemat tułowia.** (Monachium, J. F. Lehmann 1907, Mk 1,20).

Schematy Hildebrandta do wrysowywania wyników badania fizycznego obmyślone są praktyczniej, niż inne, zwykle używane, tułów bowiem jest w nich narysowany nie w 2 częściach (przedniej i tylnej), lecz w rozwinięciu; dzięki temu dokładnie można oznaczyć zmiany części bocznych. Zeszyt kieszonkowy obejmuje 20 schematów. *Z.*

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Prof. Goldscheider. **O opukiwaniu serca.** (*Deut. med. Wochs.* Nr 28, 1907). Autor broni dawniej wypowiedzianego zapatrywania, że bardzo ciche opukiwanie serca najłatwiej i najpewniej wyznaczy prawdziwe granice serca (stłumienie

względne). Poleca więc opukiwanie przy prawidłowym oddechu i sprawdza dolne lewe i prawe granice serca przy głębokim wdechu. Curschmann i Schlayer twierdzą, iż prawą granicę serca przy słabem opukiwaniu stanowi pierwsza zmiana jawności tonu, a nie odgłos tępy. Przyznając słuszność ich zapatrywaniu w nielicznych przypadkach, stwierdza G., że pukają oni zbyt silnie. Sprzeciwiając się zapatrywaniom Weila, że opukiwanie sięga najwyżej 4 ctm. w głąb płuca, wypowiada G. zapatrywanie, że odgłos powstaje przez resonacyę całego płuca, a więc przy cichem opukiwaniu odgłos musi już wtedy tępieć, gdy pod miejscem opukiwanem w głębi nawet znajdzie się narząd bezpowietrzny. Przy opukiwaniu, jako pukadła (plesymetru), używa G. lekko zakrzywionego pręcika szklanego, którego koniec obuwa w czapeczkę gumową. Za dobre strony takiego plesymetru uważa G. małą przestrzeń opukiwania, łatwe wnikanie w głąb międzyżebrzy i ułatwienie słabego pukania wskutek oddalenia palca od skóry. *Dr Skórczewski.*

E. Jourdron. **Zmiany na ostatnich członkach palców przy zwężeniu ujścia tętniczego prawego (t. płucnej).** (*Maladie bleue*). (*Presse méd.* 1907, Nr 98). Obok innych zmian, jakie w tej chorobie występują na palcach, jak zgrubienie, zaokrąglenie, zasinienie, zwraca J. uwagę na zmiany w kościach. Za pomocą promieni Roentgena stwierdził J., że kości ostatnich członków palców stają się więcej porowate, gąbczaste, a nadto są na końcach zgrubiałe. Zmiany te są następstwem upośledzonego odżywiania. *Dr Sermak.*

Presslich. **Przyczynek do kazuistyki palców pałeczkowatych przy wadzie serca.** (*Wiener med. Presse* 1907, Nr 41). W przypadku wady wrodzonej serca (zwężenie ujścia tętniczego prawego, braki w przegrodzie komór i przedsionków, niezarośnięcie przewodu Botalla) i przypadku niedomykalności zastawek półksiężycowych tętnicy głównej spostrzegał P. wybitne palce pałeczkowate. P. podziela zdanie Gerhardta i Liebermeistra, że zmiana ta powstaje wskutek zastoju w najbardziej odległych od serca kończynach. *Pisarski.*

Weiss. **Przyczynek do rozpoznawania powolnego zaczopowania tętnicy głównej.** (*Zeitschrift fur klin. Med.* Tom LXII). W przypadku autora, spostrzeganym przez 7 tygodni, stwierdzono na sekcyi: Zapalenie zastawki trójdzielnej po połogowem zapaleniu żył (*thrombophlebitis puerperalis*), w płucu prawem zupełny, w lewem częściowy zator tętnicy płucnej. Przypadek o tyle ciekawy, że objawy kliniczne były niewielkie: szorstki szmer skurczowy nad sercem (wychodzący z nad końca), krótszy odgłos opukowy nad lewym dolnym płatem płuca, niewielki ból w tem miejscu, bolesne miejsca w okolicy lędźwiowej, lekkie obrzęki i ślad białka w moczu. Dopiero w 2 ostatnich tygodniach wystąpiła gwałtowna duszność. Ponieważ nagłego napadu nie było, przyjąć należy, że pierwotnie z zaczopowanych żył miednicy dostawały się zakażone cząsteczki skrzepów do płuc, wywołując małe zawały, których badanie kliniczne wykryć nie mogło. Ostatecznie przez narastanie zatorów doszło do zupełnego zamknięcia światła naczyń. Powolny przebieg sprawy i wytwarzanie się krążenia ubocznego tłómaczą brak silniejszej sinicy, co się zaś tyczy szmeru, to zdaniem wszystkich autorów szmer skurczowy, występujący nagle w podobnych przypadkach w 2. i 3. międzyżebrzu, blizko mostka, jest cechą rozpoznawczą zatkania tętnicy płucnej. Stosownie do położenia zatoru, w pobliżu zastawek mogą powstawać różne zjawiska osłuchowe, ale mają tylko wtedy znaczenie rozpoznawcze, jeżeli występują nagle. *Dr Kluger.*

Doc. Mönckeberg. **O pierwotnej miażdżycy tętnicy płucnej.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 31). W 2 przypadkach, w których za życia rozpoznano: w pierwszym zapalenie wsierdzia, w drugim: niedomogę serca i niedomykalność zastawki dwudzielnej, stwierdzono przy sekcyi:, znaczny przerost i rozszerzenie komory prawej, oraz zmiany w ścianach tętnicy płucnej. Badanie drobnowidowe wykryło rozległe zmiany w drobnych rozgałęzieniach tętnicy. Ponieważ zmiany były ciężkie i wywołały zwężenie światła naczyń, jakoteż utratę sprężystości ich ścian, upatruje w nich M. przyczynę przerostu komory prawej. Uważając je za miażdżycę, zastanawia się nad ich patogenezą. Wyłączywszy jako powód powstania choroby ogólne i wpływy trujące, (gdyż musiałyby one wywołać zmiany także i w układzie tętniczym krążenia wielkiego), a uwzględniając niezwykle młody wiek dotkniętych zmianami osobników, przypuszcza M., że chodzi tu o wrodzoną alteracyę ścian tętnicy płucnej, która wywołała przedwczesne ich osłabienie. Wskutek tego powstały przy prawidłowem ciśnieniu krwi uszkodzenia ścian naczyniowych i wyrównawcze bujanie błony wewnętrznej. *Dr Wł. Kluger.*

Josué. **Drobne oznaki miażdżycy tętnic.** (*Presse méd.* 1907, Nr 86). Autor zestawia całokształt drobnych objawów i zaburzeń, uchodzących naszej baczności, a stanowiących wczesny obraz zwapnienia tętnic. Chory z łatwością nuży się przy pracy, którą dawniej wykonywał bez trudu. Rysy twarzy wyrażają zmęczenie. Chory nie znosi pewnych ciał (np. wyskoku), które dawniej dobrze znosił. Pojawiają się zmiany naczynioruchowe w postaci zaczerwienienia lub bladości twarzy, uczucia zimna w rękach i w nogach, lub kolejnego zaczerwienienia się i blednięcia twarzy, których przedtem nie było; zaburzenia nerwowe w postaci obniżonej zdolności do pracy, zmiany charakteru ze spokojnego na drażliwy i gwałtownie wybuchający, bole głowy po wysiłkach fizycznych lub psychicznych, nieprawidłowe uczucia mrowienia i kłucia dłużej lub króciej trwające, uczucie ciężkości pojedynczych członków ciała zrana, uporczywe nerwobole międzyżebrowe, w kończynach i w zakresie nerwu trójdzielnego, uczucie bolu w różnych okolicach ciała, częste zawroty głowy, trudne usypianie i niespokojny sen, nie przynoszący uczucia orzeźwienia. Znamienne dla miażdżycy są wybitne objawy neurastenii, o ile ona poprzednio nie istniała, lecz wystąpiła po 45. roku życia. Zwłaszcza po urazach rozwijają się zmiany miażdżycowe często w szybkiem tempie. Oprócz powyższych objawów zauważono przy miażdżycy upośledzenie słuchu, szum w uszach, przejściowe zaburzenia wzroku, lekką duszność przy wysiłkach fizycznych, krwawienia z nosa, obrzęki stóp, bicie serca połączone z trwogą, wysokie parcie tętnicze, które jednakże nie stanowi według najnowszych badań Dunina, Sawady i Groedla bezwzględnej reguły. Często objawy zapalne ze strony nerek bywają objawem zwiastunowym miażdżycy tętnic. Powyższy całokształt objawów ma bardzo wielką doniosłość w praktyce, gdyż wskazuje na schorzenie tętnic w okresie, w którym jeszcze udaje się zmiany chorobowe skutecznie zwalczać. *Dr Blassberg.*

Schmoll. **O objawach ruchowych, czuciowych i naczynioruchowych, wywoływanych stwardnieniem tętnic wieńcowych, oraz zmianami chorobowemi lewej połowy serca.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 41). Powyżej wspomniane objawy dadzą się, chociaż w nieco odmiennej postaci, spostrzegać tak w czasie napadu, jak i w okresach pomiędzy napadami. W pierwszym razie występuje z zakresu zjawisk czuciowych uczucie trwogi, oraz znamienny ból. Autor potwierdza przypuszczenie Gibsona, że ból promieniować może ku stronie prawej tylko wtedy, gdy są zmiany także w prawej komorze serca. Objawy ruchowe występować mogą jako podrażnienie, bolesny kurcz mięśni międzyżebrowych, lub objawy porażenia, albo niedowładu, zwłaszcza lewej ręki. Tamże występująca trupia bladość jest wyrazem zmian naczynioruchowych. W czasie, od napadów wolnym, zmiany w czuciu, uczucie ucisku w dołku, utrzymujące się stale, oraz t. zw. gęsia skóra tworzą zakres zmian czuciowych, wzmożone napięcie mięśni, oraz osłabienie lewej ręki stanowi zbiór objawów ruchowych; jako objawy naczynioruchowe przeważają, odwrotnie, jak w czasie napadu: objawy podrażnienia nerwów rozszerzających naczynia, spotykamy więc częściej zasinienie, niż bladość. *Dr M. Godlewski.*

Pawiński. **O leczeniu dusznicy bolesnej.** (*Wiener klin. Wochs.* 1907, 46). Cierpienie to polega na zwężeniu światła tętnic wieńcowych serca, przez co dopływ krwi tętniczej do mięśnia sercowego bywa upośledzony. Natężenie jednak objawów chorobowych nie stoi w żadnym stosunku do rozległości zmian anatomicznych w tętnicach wieńcowych. P. tłómaczy ten niestosunek 1) różnym stopniem pobudliwości nerwowego narządu serca, 2) różnem sadowieniem się zmian, gdyż zmiany niektórych części mięśnia sercowego usposabiają więcej do powstawania dusznicy bolesnej, 3) wreszcie różnym stopniem zmian anatomicznych w samym mięśniu sercowym w następstwie zmniejszenia się dopływu krwi. Dusznica bolesna może polegać nietylko na zmianach anatomicznych, ale na zaburzeniach w unerwieniu naczyń, a początkowe objawy jej sprawiają raczej wrażenie choroby nerwowej, aniżeli choroby, polegającej na zmianach anatomicznych w naczyniach. Był nawet czas, kiedy chorobę tę uważano wyłącznie za nerwicę. W pierwszych okresach choroby, kiedy chorzy uskarżają się na powszechnie znane dolegliwości, i kiedy wyobraźnia ich przedstawia im ich cierpienie w bardzo czarnych barwach, powinien lekarz stosować leczenie psychiczne i podać nieco bromu. Jeżeli badanie przedmiotowe stwierdzi silne napięcie tętnic, to należy podawać przetwory jodowe; P. przestrzega jednak przed dawkami dużemi. Przy nagłem i silnem ujawnieniu się choroby stosuje się brom, morfinę, leżenie w łóżku, zabiegi wodolecznicze i kąpiele gazowe; kąpieli gazowych należy jednak unikać przy silnem napięciu tętnic. Dyeta powinna się składać z mleka i jarzyn. Przy silnych dolegliwo-

ściach żołądkowych polecić można picie wody karlsbadzkiej lub maryenbadzkiej lub podobnych. Przy leczeniu i uregulowaniu sposobu życia może dusznica w początkowym okresie przejść w wyleczenie, najczęściej jednak choroba rozwija się dalej, a zdarza się, że i w początkowych okresach chorzy giną. O ile w pierwszym okresie występują napady bolów wskutek silniejszych ruchów, to okres drugi cechuje się występowaniem napadów nawet wśród zupełnego spokoju, a chorzy w tym okresie zaczynają się uskarżać i na uczucie braku powietrza; bezpośrednio po napadzie stwierdzić się często daje rozszerzenie serca, a napięcie tętnic zmniejsza się. Jestto okres, w którym leżenie w łóżku, bezwzględny spokój i podanie naparstnicy oddają dobre usługi; można także podawać strofantus po 6—12 kropli 3 razy dnia; co do przetworów jodu należy w tym okresie zachować ostrożność. W okresie trzecim występują napady bardzo często, duszność wysuwa się na pierwszy plan i bywa przez krótki ból tylko poprzedzana; cała choroba przybiera znamiona choroby mięśnia sercowego i istotnie polega w tym okresie na jego zwyrodnieniu. W okresie tym rokowanie jest niepomyślne, a leczenie nie na wiele się przydaje. Podczas napadu znajduje chory instynktownie położenie, w którem najłatwiej znosi cierpienia. Dobre usługi oddają leki rozszerzające naczynia, jak nitrogliceryna, azotyn amylowy (*amylium nitrosum*) i sodowy (*natrium nitrosum*); jeżeli leki te zawodzą, to wstrzykiwać można morfinę, którą w przypadkach znacznego zwyrodnienia mięśnia sercowego łączyć należy z kofeiną lub kamforą. Jeżeli błąd dyetetyczny wywołuje napad, należy wywołać wypróżnienie zapomocą lawatywy lub lekko przeczyszczającego środka. Samoobronę posiada ustrój czasem w wytwarzającej się czynnościowej wadzie serca, przez co czynność pewnych odcinków serca się wzmaga, pewnych zaś obniża, a wynikiem ostatecznym tego jest regularniejszy dopływ krwi do tętnic wieńcowych. *Pisarski.*

Rosenfeld F. **W sprawie leczenia tętniaków tętnicy głównej.** (*Deutsche Aerzte-Ztg.* 1907, Nr 17). Jeżeli przez wywiady stwierdzimy kiłę lub jakieś za nią przemawiające dane, to należy przeprowadzić leczenie swoiste. Gdy ono nie odnosi skutku, zalecamy spokój i odpowiednią dyetę i staramy się rozstrzygnąć, czy tętniak ma kształt worczasty, czy też wrzecionowaty. W tym celu oprócz opukiwania posługujemy się dokładnem badaniem stosunków tętna, badaniem laryngologicznem, promieniami Roentgena. Gdy można przypuszczać tętniak worczasty, próbujemy wstrzykiwań żelatyny; przy tętniaku zaś wrzecionowatym zaleca R. wstrzykiwać 3 razy tygodniowo przez 4—5 tygodni stagninę w mięśnie pośladkowe (po 1—2 $ctm.^3$). W razie wątpliwości należy zacząć od wstrzykiwań stagniny, jako mniej niebezpiecznych od wstrzykiwań żelatyny.

Dr M. Lauterbach (Wieden).

Strümpell. **O łączności pomiędzy wiądem rdzenia, a chorobami serca i naczyń.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 47). Już dawniej zwracano uwagę na stosunkowo częste występowanie wiądu rdzenia obok niedomykalności zastawek tętnicy głównej. Po największej części uważano to za zjawisko zupełnie przypadkowe, byli jednak i tacy, którzy uważali niedomykalność aorty za sprawę wtórorzędną, od wiądu zależną, za zmianę odżywczą, analogiczną do schorzeń stawów lub skóry w przebiegu wiądu. Dzisiaj, poznawszy rolę kiły w etyologii wiądu, powszechnie przyjęto, że tak wiąd, jak i choroby serca i naczyń, tak często razem występujące, mogą być skutkiem tej samej przyczyny, t. j. przebycia kiły. Chorzy na wiąd ze zmianami serca podają prawie zawsze w wywiadach przebycie kiły, prawie zaś nigdy nie podają ostrego gośćca stawowego; uderza także, że zmiany w narządzie krążenia usadawiają się przeważnie na zastawkach aorty lub w samej aorcie w postaci miażdżycy i tętniaków. Wielka liczba tych przypadków, zebranych ostatnimi czasy, doprowadziła do zrozumienia niektórych objawów, dawniej fałszywie tłómaczonych, jak n. p. stałego przyspieszenia tętna u chorych na wiąd, napadów dusznicy bolesnej lub dychawicy sercowej; są to wszystko objawy miażdżycy, a odnieść się je musi do przebycia kiły. Dawniejsi autorowie zaznaczają z naciskiem, że zmiany w sercu spotyka się często w przypadkach daleko posuniętego wiądu rdzenia. S. zaś zwraca uwagę szczególną, że wśród chorych zgłaszających się do lekarza z powodu dolegliwości sercowych, polegających na zmianach miażdżycowych, uderza częstość początkowych objawów wiądu rdzenia. Z objawów tych często napotykał S. zwężone albo nierówne i na światło nie oddziaływające źrenice. Drugim częstym objawem jest brak odruchów ścięgien Achillesa, a jest on objawem wcześniejszym od braku odruchów kolanowych. Pamiętać należy, że brak odruchów może poprzedzać ich wzmożenie. Baczną uwagę zwracać należy na zachowanie się napięcia mięśni kończyn dolnych, hypotonia jest bowiem często wczesnym objawem wiądu; napięcie mięśni bada się zapomocą wykonywania biernych ruchów kończyną w położeniu leżącem. Z innych wczesnych objawów wiądu rdzenia należy szukać znamiennych zaburzeń w czuciu, dalej uwzględnić wywiady, szczególnie co do bólów przeszywających w kończynach dolnych, zaburzeń pęcherzowych, napadów żołądkowych (*crises gastricae*) i t. p. Badając etyologicznie przypadki wspólnego występowania objawów »miażdżycowych« z objawami wiądu rdzenia, stwierdził Müller, że w 79 prc. kiła jest niewątpliwie przyczyną; S. znajdował w 62% niewątpliwie przebytą kiłę, jednak i resztę przypadków odnosi etyologicznie do kiły, chociaż nie zdołał wykryć niewątpliwych jej dowodów. Pod tym względem pokłada S. na przyszłość wielkie nadzieje w serodyagnostyce kiły, ale już na podstawie swojego dotychczasowego doświadczenia twierdzi, że przyczyną wiądu jest zawsze kiła. Odnosi się to wyłącznie do wiądu, gdyż zmiany miażdżycowe w tętnicach mogą mieć i inną przyczynę. Co do sposobu, w jaki się te zmiany w następstwie kiły rozwijają, to już przed laty wypowiedział S. zapatrywanie, że wiądu rdzenia nie należy uważać za wyraz kiły trzeciorzędnej, lecz za następstwo działania swoistych toksyn kiłowych, a zatem za objaw, analogiczny do porażeń pobłoniczych. Obecnie wypowiada S. przypuszczenie, że i zmiany miażdżycowe w tętnicach mogą częściowo być toksycznego pochodzenia. Ponieważ jednak nie u każdego, kto przebył kiłę, rozwija się wiąd rdzenia, porażenie postępowe lub zmiany miażdżycowe w tętnicach, należy przypuścić, że do wystąpienia tych zmian konieczne są czynniki wspierające. Z takich czynników, wspierających rozwój wiądu, można często stwierdzić uraz, wspierających zaś rozwój miażdżycy tętnic: długotrwałe wysiłki fizyczne, przewlekły alkoholizm i stałe nadużywanie tytoniu. Początkowe objawy wiądu, rdzenia, jakie S. tak często napotykał w przebiegu chorób serca, nie rozwijały się częstokroć w dalszy obraz choroby, lecz całe lata stanowiły jedyny objaw wiądu. Taką postać radzi S. nazywać »wiądem szczątkowym« (»rudimentäre Tabes«, zamiast »beginnende Tabes«). Łączne występowanie zmian w sercu i tętnicach z innemi postaciami kiły jest także znane. S. spostrzegał przypadki wspólnego występowania zmian w sercu z porażeniem postępującem lub kilakiem w wątrobie. *Pisarski.*

Neurologia.

Marburg. **W sprawie patologii ciężkiej myastenii.** (*Zeitschr. f. Heilkunde* 1907, T. XXVIII, Z. IV). Zmiany, jakie stwierdzano w ciężkiej niedomodze mięśniowej, dotyczyły różnych narządów. Najczęściej spostrzegano albo utrzymywanie się grasicy w wieku dojrzałym, albo taki jej stan, który budził przypuszczenie nowotworu: mięsaka limfatycznego. Nadto spostrzegano nacieki drobnokomórkowe w wątrobie, albo w nadnerczach. Nacieki te tłómaczono albo jako przerzuty mięsaka limfatycznego, albo upatrywano w nich limfotoki. Wspólną wszystkim ogłoszonym przypadkom zmianą były jednak nacieki limfatyczne w mięśniach. Przytem w samych mięśniach nie znajdowano zazwyczaj zmian. M., badając mięśnie w ciężkiej myastenii zapomocą metody Marchiego, stwierdził w nich przerywany (*discontinualis*), więc nie na całą długość poszczególnych włókien rozciągający się rozpad tłuszczowy, oszczędzający przytem obok siebie leżące włókna. Naciek drobnokomórkowy składał się z zwykłych limfocytów i z jąder, które M. uważa za pochodzące od jąder owłókni mięśniowej. Na podstawie tych spostrzeżeń uważa M. sprawę anatomiczną za miąższową sprawę zwyradniającą z odczynem zapalnym w postaci naciekowej (*myositis degenerativa*). Myastenia jest więc mięśniopochodnem schorzeniem mięśniowem. Z obrazu klinicznego choroby można wyjąć pewne szczegóły, które popierają to jej pojmowanie: czasami dołączające się zaniki, kojarzenie się z przerostem wrzekomym (*dystrophia*), skłonność do poprawy, czy wyzdrowienia, która w razie przerzutów i limfotoków byłaby niezrozumiałą. Znamy w neurologii dwa jeszcze takie cierpienia, których anatomiczną podstawę stanowi zwyradniające zapalenie, mogące częściowo lub całkowicie się wyrównać, a które klinicznie przebiegają bez gorączki i etapami (»in Schüben«): stwardnienie rozsiane i zapalenie nerwów Gombaulta. *Orzechowski* (Wiedeń).

Souques i Barbé. **Wiąd i jamistość rdzenia.** (*Rev. neurol.* 1907, Nr 18). Zespół tych chorób znaleziono po śmierci u kobiety 50-letniej, u której za życia spostrzegano tylko objawy wiądu. Obok zmian, typowych dla wiądu, znaleziono, począwszy od 8. odcinka po 5. odcinek piersiowy, glejak, usadowiony w brzusznej części powrózków tylnych na pozór bez związku

z kanałem środkowym rdzenia. Poniżej 5. odcinka piersiowego rdzenia glejak znika, pojawia się napowrót w 7. i 8. odcinku piersiowym. Górny glejak zawierał w środku jamę, której związek z kanałem środkowym rdzenia powiodło się stwierdzić po dokładnem przeszukaniu skrawków. Jednoczesne występowanie wiądu i jamistości rdzenia może być przypadkowem. Może ono też jednak zależeć od tej samej przyczyny wywołującej, od kiły, która przecież w etyologii jamistości rdzenia odgrywa pewną rolę. Tego rodzaju nieliczne przypadki współistnienia wiądu i jamistości mają analogię z liczniejszymi przypadkami porażenia postępującego, które się również wikłały z jamistością rdzenia. I w tych przypadkach kiła była prawdopodobnie przyczyną, wywołującą obie choroby. *Orzechowski* (Wiedeń).

Albrecht. **Stosowanie i wartość lecznicza weronalu w porównaniu do starszych leków nasennych.** (*Heilkunde* 1907, H. 10). Na obfitym materyale (700 przypadków) stwierdził A. korzystne działanie weronalu, nie zauważywszy nigdy ujemnego działania. Ogólnie biorąc uważa dawkę 1 gr. za konieczną u osobników silnych, u słabszych najmniej 0·50 gr. We wszystkich przypadkach psychoz działał weronal uspokajająco i nasennie, szczególnie zaś dobrze w zadumie i chorobach, polegających na wyczerpaniu, gdzie uwzględnić należy także to, iż weronal ma własności zaoszczędzania białka. Stosunkowo najmniej skutecznym okazał się weronal w przebiegu spraw, połączonych z silnem podnieceniem ruchowem. W porównaniu z innymi lekami posiada weronal zdaniem A. niezaprzeczoną wyższość. I tak, jakkolwiek wodnik chloralu jest jeszcze dzisiaj najpewniej działającym lekiem nasennym, to jednak i smak jego przykry i ujemne działanie na serce ograniczają jego stosowanie. Sulfonal działa późno, wydziela się z ustroju powoli, a przy dłuższem stosowaniu może wywołać zaburzenia w przemianie materyi i charłactwo. Trional działa podobnie do sulfonalu, lecz słabiej. Nieszkodliwym jest paraldehyd, często jednak zawodzi i ma nieprzyjemny smak. *Pisarski.*

Goldscheider. **O leczeniu napadu udarowego.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, 48). Pierwszym zabiegiem powinno być odpowiednie ułożenie chorego. Głowa powinna leżeć wysoko, z szyi należy usunąć wszelkie części ubrania, któreby mogły utrudniać krążenie żylne. Chorych najlepiej zostawić w tem miejscu, gdzie zachorowali, a nie przenosić ich. Korzystnie działają chłód w pokoju i ograniczony dopływ światła. Przy utrzymanej przytomności wzbrania się chorym wszelkich ruchów, przy utracie zaś mowy, wszelkich wysiłków porozumiewania się z otoczeniem. Otoczenie powinno się zachować spokojnie i oszczędzać choremu tak smutnych, jak i wesołych wzruszeń. W tych przypadkach, w których się przypuszcza wybroczynę śródczaszkową, dobrze jest położyć worek z lodem na chorą połowę głowy. Jeżeli istnieje śpiączka, to szczególną uwagę należy zwrócić na oddychanie, ułożyć chorego nieco na bok, a język i szczękę dolną pociągać ku przodowi. Wymioty są bardzo niekorzystnym objawem z powodu niebezpieczeństwa dostania się treści pokarmowej do dróg oddechowych, przed tem niebezpieczeństwem chronić chorego należy przez ułożenie głowy ku górze i na bok i skrzętne usuwanie z ust i nosa zwymiotowanej treści. W tych przypadkach, gdzie rozpoznanie krwotoku śródczaszkowego jest pewne, gdzie istnieje silny nawał do głowy, a tętno jest dobrze napięte, radzi G. upust krwi. Po zabiegu tym można się spodziewać przynajmniej chwilowej poprawy, a opisywano spostrzeżenia, w których i stała poprawa potem nastąpiła. U chorych z drobnem, słabem, częstem tętnem i bladą skórą twarzy, upust krwi jest przeciwwskazany. Krew należy upuszczać z żyły lub zapomocą ciętych baniek w ilości 200 do 350 ctm.[3]. U chorych z silnym zapadem podać można wewnętrznie lub podskórnie środki podniecające, jak kamforę i eter. Jeżeli wystąpi silny niepokój lub drgawki, można się uciec do przetworów bromowych, a gdy te zawiodą, do morfiny i wodnika chloralu; u opilców radzi Goldscheider podawać małe dawki wyskoku, ażeby zapobiedz wystąpieniu obłędu. Bezsenność zwalcza się bromem, neuronalem, weronalem, morfiną i t. p. środkami. Przeciw bolom głowy, jeżeli okład lodowy nie wystarcza, podaje się antypirynę; przetwory salicylowe należy ostrożnie podawać. Niewiele wartości przypisuje G. środkom odciągającym, jak bańkom suchym, lawatywom z octu, i środkom ściągającym, podanym wewnętrznie. Po napadzie można chorego przez pewien czas pozostawić bez pożywienia, później ostrożnie próbować karmić go w naturalny sposób. Jeżeli to jednak z powodu braku odruchu połykowego jest niemożliwe, trzeba się uciec do odżywiania przez odbytnicę. Pokarmy powinny być nie drażniące, płynne lub papkowate. Chorzy podczas napadu udarowego cierpią często na zatrzymanie stolca i moczu, a o uregulowanie obu tych czynności dbać należy. Do wywołania stolca najlepiej się nadają lawatywy, środków czyszczących lepiej unikać; mocz w ostateczności należy wypuścić cewnikiem. Ażeby zapobiedz powstawaniu odleżyn, powinien chory wygodnie leżeć i być czysto utrzymywany. Następstwom napadu udarowego, tak częstym przykurczeniom kończyn porażonych, zapobiega się przez odpowiednie ułożenie kończyn i zastosowanie odpowiednich przyrządów, a także przez ostrożne wykonywanie ruchów biernych porażonemi kończynami, nie wcześniej jednak, jak po tygodniu trwania sprawy. Po upływie pewnego czasu można polecić wykonywanie ruchów czynnych, a działanie ich wspomódz można miesieniem zwykłem lub wibracyjnem i elektryzowaniem. Nie należy się spieszyć z pozwoleniem chodzenia; nawet w przypadkach najlżejszych powinien chory 2—3 tygodni przepędzić w łóżku. Ażeby przyspieszyć wessanie wynaczynionej krwi, podaje się przetwory jodowe, nie wcześniej jednak, jak po tygodniu od wystąpienia napadu. *Pisarski.*

Riegler. **Przyczynek do kazuistyki drżączki rtęciczej.** (*Deutsche Medizinal-Ztg.* 1907, Nr 94). Rtęcica zdarza się głównie w tych rodzajach przemysłu, w których pary rtęci dostają się do ustroju przez błonę śluzową dróg oddechowych Tem ciekawszy jest przypadek R., dotyczący człowieka, trudniącego się zawodowo miesieniem, który dostał drżączki rtęciczej wskutek ciągłego wykonywania wcierań rtęciowych. U chorego tego nie ma drżenia gałek ocznych (*nystagmus*), istnieją zaś drżenie prawie rytmiczne języka, kurczowe drgawki mięśni twarzy, w których uczestniczą i mięśnie żuchwy, oraz drżenie kończyn. Siłą woli zdoła chory osłabić drżenie zwieszonych wzdłuż tułowia kończyn górnych tylko na 5—10 sekund. Odruchy ścięgniste kończyn górnych wzmożone, kolanowe niezmiernie wzmożone, niema jednak drgawek odruchowych stopy (Fussclonus), ani skurczów w kończynach dolnych. Odruchy podeszwowe bardzo żywe ze zgięciem wszystkich palców, odruchy brzuszne prawidłowe. W rozpoznaniu różniczkowem wchodzi w rachubę drżączka histeryczna. *Dr M. Lauterbach* (Wiedeń).

Schneider. **Neurastenia, a przewlekła niedomoga nadnerczy.** (*Rev. de méd.* 1907, Nr 10). Często stan chorobowy organiczny, n. p. zaburzenia nadnerczy, przebiegają pod postacią neurastenii. Badania Sergenta i Bernarda pozwoliły wyróżnić niedomogę nadnerczy jako oddzielną jednostkę chorobową o cechach neurastenii, połączoną z zaburzeniami w krążeniu, a mianowicie nizkiem parciem (hypotension) tętniczem. Dwa przypadki autora, w których obok objawów neurastenicznych wystąpiły wybitne i stałe zaburzenia w krążeniu, pozwoliły rozpoznać przewlekłą niedomogę nadnerczy. *Dr Blassberg.*

Kölpin. **Brak odruchu kolanowego bez schorzenia układu nerwowego.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 44). Autor opisuje prawdopodobnie wrodzony brak odruchów ścięgna Achillesa, ścięgna mięśnia trójgłowego i odruchu kolanowego lewego. Odruch kolanowy prawy, zwykle nie dający się wywołać, bywał czasem słabo zaznaczony. Po zimnej kąpieli również nie dawały się odruchy te wywołać. Natomiast nieobecny zwykle odruch podeszwowy występował po zimnej kąpieli. Schorzenia układu nerwowego, tak ośrodkowego, jak obwodowego, ani schorzenia mięśni nie można było wykryć. *Dr Skórczewski.*

Prof. Bókay. **O wartości systematycznego stosowania nakłucia lędźwiowego przy leczeniu zapalenia opon mózgowych.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 47). B. zestawia 17 przypadków nagminnego zapalenia opon u dzieci, leczonych systematycznie nakłuciem lędźwiowem. Z tych 10 skończyło się wyleczeniem, 8 zupełnem; 1 chory przygłuchł, a u 1 wystąpiła głuchoniemota. 7 przypadków zakończyło się śmiercią, w 2 z nich, w których wykonano zaledwo jedno nakłucie, nastąpiła śmierć już w drugim dniu po przyjęciu. Z przypadków wyleczonych pięć dotyczyło dzieci niżej roku. B. zauważał stale po nakłuciu obniżanie się ciepłoty i liczby tętna, prócz zelżenia objawów podmiotowych. W przypadkach zakończonych śmiercią wydobywała się przy powtórnych nakłuciach zamiast obficie płynącego płynu mózgowo-rdzeniowego skąpa ilość ropiastej, lepkiej cieczy. W przypadkach niepomyślnych śmierć występowała przy powolnem obniżaniu się ciepłoty, raz nastąpiła śmierć przy ciepłocie niższej od prawidłowej, a raz przy gorączce nadmiernej. Na podstawie swego materyału uważa B. działanie nakłucia za znakomite; nietylko usuwało ono, zdaniem B., wzmożone ciśnienie śródczaszkowe, lecz również i znaczną ilość drobnoustrojów swoistych i wskutek tego działało leczniczo. B. poleca nakłucia po-

wtarzać wraz ze wzmożeniem się objawów chorobowych, u dzieci małych przy wypuklaniu się ciemiączka. Nie należy wypuszczać więcej, niż 30 ctm. płynu. Wstrzykiwań 1 prc. lysolu, kollargolu, surowicy swoistej po nakłuciu lędźwiowem B. nie stosował.
Dr Skórczewski.

Klieneberger. **Badanie inteligencyi u uczniów i słuchaczów uniwersytetu.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 44). K. badał inteligencyę zapomocą pytań, podanych przez Schulzego, nieco tylko zmodyfikowanych. Pytań było 55, tyczyły się rzeczy najprostszych, tak aby odpowiedzi nie sprawiały trudności. Na 39 badanych uczniów szkoły ludowej z najwyższej klasy spostrzegł K. 329 błędów, z tych 30 z powodu niedostatecznej wiedzy, a 167 z powodu złego wnioskowania; na 39 uczniów szkoły miejskiej również z najwyższej klasy 221 (23 z powodu nieświadomości), u 58 słuchaczy uniwersytetu tylko 134 błędów (25 z powodu nieświadomości). Czas szybkości odpowiedzi był u studentów również najkrótszym, wynosił $9^1/_2$ sekundy, u uczniów szkół miejskich $15^1/_2$, wiejskich 17 sekund. Autor sądzi, że z odpowiedzi uczniów, z ich sprawności, można wnosić o ich inteligencyi. Czas odpowiedzi jest tem krótszy, im większa jest inteligencya. Na pytania najprostsze odpowiadają zależnie od rozwoju inteligencyi uczniowie rozmaicie. Spostrzeżenia autora były stale potwierdzane przez nauczycieli. *Dr Skórczewski.*

Zapiski lecznicze i nowe leki.

Przyrządzanie rozczynów protargolowych. Rozczyny protargolu prędko ciemnieją i mętnieją pod wpływem powietrza i pod wpływem barwy flaszki, w której się znajdują. Brüning (*Pharmaceut. Zeitung*, marzec, 1907) przyrządza rozczyny, utrzymujące się dobrze przez 15 dni, w następujący sposób: flaszkę czyści rozcieńczonym kwasem azotowym, potem wodą, następnie zagotowaną wodę wlewa do flaszki, a kiedy woda zupełnie wychłodnie, wsypuje na jej powierzchnię protargol, zatyka flaszkę, nie miesza, tylko czeka, aż się protargol sam rozpuści. *Stahr.*

Nowy postęp w technice rentgenowskiej. »Sanitas«, fabryka przyrządów elektrycznych w Berlinie, obmyśliła obecnie nowy przerywacz »Rotax«, który stanowi postęp w technice rentgenowskiej. Jak wiadomo, używa się dwóch typów przerywaczy: Wehnelta i rtęciowego. Przerywacz Wehnelta ma tę zaletę, że przerwy w nim są bardzo częste, przez co czas ekspozycyi skraca się, a obrazy przy prześwietlaniu są bardzo jasne. Przerywacz ten zużywa jednak dużo prądu, niszczy lampy, przy prądzie zaś zmiennym wymaga kosztownego przekształcacza i nie daje się zastosować do mniejszych akumulatorów. Przerywacz rtęciowy zużywa wprawdzie mało prądu, nie niszczy tak lamp, daje obrazy ostre na płycie fotograficznej, ale wskutek małej liczby przerw wymaga dłuższego czasu ekspozycyi i nie daje przy prześwietlaniu obrazu tak jasnego, jak przerywacz Wehnelta. Główną zaś jego wadą jest częste zanieczyszczanie się rtęci, co wymaga naprawy. Nowy przerywacz »Rotax« jest przerywaczem rtęciowym, ale przez możność częstych przerw i niezanieczyszczanie się rtęci łączy w sobie zalety obu przerywaczy, a nie ma ich wad. Daje więc przy prześwietlaniu jasny obraz, nadaje się do małych akumulatorów, przy prądzie stałym daje się dołączyć do każdego napięcia, ma urządzenie proste i pozwala na krótką ekspozycyę. Napełnia się go 400 grm. rtęci w 180 grm. nafty. Średnie zużycie prądu wynosi $2^1/_2$—4 miliamperów (przy przerywaczu Wehnelta do 25). Cena przerywacza około 180 marek. *K.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

W sprawie społecznego położenia lekarzy i jego poprawy wygłosił Dr Ludwik Frey na Zgromadzeniu lekarzy południowych dzielnic Wiednia w dniu 17. X. b. r., nadzwyczaj ciekawe uwagi, które godzi się powtórzyć:

Stan lekarski społecznie coraz bardziej upada i coraz bardziej wskutek tego traci wpływ swój, jaki z natury rzeczy powinien wywierać na dobro ludności. Jest to jednak nietylko skutkiem tego, że warunki bytu lekarzy coraz bardziej się pogarszają. Że sprawa powodzenia materyalnego nie jest wyłączną społecznego upadania lekarzy przyczyną, wynika jasno z ogólnie znanego faktu, że w państwie wywierają główny wpływ właśnie owe warstwy, których położenie materyalne wcale nie jest godnem zazdrości, n. p. urzędnicy, natomiast ekonomicznie silniejsze grupy zawodowe często nie mają wpływów politycznych i społecznych, chyba że przez zwartą organizacyę zdołają wywalczyć sobie pewne zdobycze drogą parlamentarną. Zdobycze te jednak są drobne w porównaniu z owemi korzyściami, które odnoszą armia i urzędnicy mocą swego wpływu na losy państwa. Wpływ polityczny wzmacnia położenie materyalne, nie zaś odwrotnie, a przynajmniej nie zawsze. Na dowód znowu, że społeczne znaczenie lekarzy nie idzie wcale w parze z rozwojem nauk lekarskich, służy historya zawodu lekarskiego. I tak n. p. w połowie XVIII. wieku, kiedy tacy genialni ludzie, jak van Swieten, Boerhave, Frank, Haller, medycynę naukową pchnęli na nowe tory, to wprawdzie wpływ lekarzy znacznie urósł, kiedy jednak potem przyszedł upadek w postaci homeopatyi, to mimoto właśnie owi homeopatyczni lekarze dochodzili i do wielkich wpływów i dorabiali się czasem magnackich fortun. Potem znowu nauki lekarskie odrodziły się. Niebywałe zdobycze chirurgii i higieny i t. d. przyniosły wówczas ludzkości coraz większe korzyści, obniżyły śmiertelność i chorobowość, ale lekarzom nie przyniosły korzyści, ani nie zjednały wpływów. Z tego, że poszczególni lekarze cieszą się wielkimi wpływami, nie można wnosić, że cały stan dobrze się ma społecznie i materyalnie. W czasie rzymskiego cesarstwa było wielu lekarzy, pierwotnie niewolników lub wyzwoleńców, którzy dobili się wielkich wpływów, a mimoto cały stan lekarski był mało poważany i to dlatego, że obywatele rzymscy nie poświęcali się temu zawodowi, który wykonywali przeważnie niewolnicy lub wyzwoleńcy. Szczególną jest znowu historya lekarzy w Japonii. W starożytności wykonywali w Japonii medycynę jedynie cesarz, szoguni i najwyżsi dygnitarze. Naturalnym tego wynikiem wysokie poważanie medycyny. Później jednak dostała się sztuka lekarska w ręce jednego stanu i powoli traciła swe wielkie społeczne znaczenie. Z biegiem wieków wytworzyły się dwie kategorye lekarzy: jedni, pochodzący z kasty rycerskiej Samurajów, leczyli warstwy wyższe i cieszyli się szczególnymi względami i wpływami. Drudzy, którzy leczyli lud, byli pogardzani, a nawet prześladowani. A jednak jedni i drudzy posiadali tę samą wiedzę, która zresztą była właściwie tylko zbiorem zabobonów. Najlepszy dowód, że nie zawsze wysokie społeczne stanowisko musi iść w parze z wysokim stopniem wykształcenia.

Krótkie to roztrząsanie chyba dostatecznie przekonywa, że nie jest zgodne z prawdą, jakoby stan lekarski zawsze lub prawie zawsze upadał z powodu złego położenia materyalnego. Prelegent sądzi, że i obecny upadek stanu lekarskiego nie jest wyłącznym wynikiem biedy materyalnej, ale że główną tego zjawiska przyczyną jest coraz większy upadek poczucia godności zawodowej wśród samych lekarzy. I nie poprawi się położenie lekarzy, jeśli oni sami się nie ockną i z obecnej drogi nie zawrócą.

Przyczyny, dla których dzisiaj źle się dzieje lekarzom, leżą w nich samych i poza nimi, a są one następujące: przewrót społeczny w życiu ludów i państw, który nie oszczędził żadnego zawodu, przepełnienie w zawodzie, coraz drobniejsze specyalności, wielkie materyalne i umysłowe pretensye, gwałtowny i bezustanny postęp wiedzy, popularyzowanie medycyny, licha organizacya, brak poczucia wspólności zawodowej, obojętność wybitnych lekarzy na losy szarej, biedniejszej braci, a przedewszystkiem brak idealnego pojmowania swego powołania u lekarzy, którzy starają się coraz bardziej dogadzać zachciankom publiczności i próżności tłumu. Dla wielu wybitnych nawet lekarzy są ich zdolności, ich prace naukowe, wysokie stanowisko i sława, tylko środkiem do gromadzenia bogactw. Porównanie zawodu lekarskiego z innymi stanami, n. p. adwokackim, (chociaż on również upada), też wiele zdoła wyjaśnić. Warunki w zawodzie lekarskim są nierównie cięższe. Wydział prawniczy na wszechnicy, najwyższa instancya na polu nauki prawa, jedno z najbardziej wpływowych ciał, z którego państwo często powołuje mężów stanu, pozostaje pod względem towarzyskim i politycznym w ciągłym związku ze stanem adwokackim, którego wybitni przedstawiciele są członkami komisyi egzaminacyjnej przy prawniczych egzaminach państwowych. W ten sposób wyrównuje się różnica społeczna między obiema grupami. Wprost przeciwnie dzieje się w świecie lekarskim. Wydziały lekarskie bywają najsilniejszym konkurentem lekarzy

praktycznych. Każda zaś walka — a konkurencya jest walką — wywołuje przeciwieństwa. Wprawdzie obie grupy stykają się z powodu konsyliów. Ale tu znowu się okazuje, jak stopień położenia społecznego wpływa na honoraryum, a więc ma znaczenie i wpływ materyalny. Że zresztą liche społeczne ocenianie stanu lekarskiego nie jest bez wpływu i na tak zwane wielkości lekarskie, wynika dość jasno z tego, że gdy Niemcy odznaczają swych sławnych, publicznie działających lekarzy tytułem ekscellencyi i innymi najwyższymi zaszczytami, to w Austryi nigdy jeszcze nie udzielono tego tytułu lekarzowi, nawet żadnemu lekarzowi wojskowemu. A zwyczaj odznaczania lekarzy, przyjęty w Niemczech, nie jest bez korzyści i dla wewnętrznych stosunków stanu lekarskiego, dla wyrównania powstających w jego łonie różnic. Przez to, że w Niemczech każdy lekarz praktyczny po 25-letniej praktyce ma prawo do tytułu radcy sanitarnego, przez to, że zasłużeni, publicznie poważani i naukowo wykształceni lekarze dostają często tytuł profesorski, stworzono powolne przejście, które łagodzi przeciwieństwa między społecznemi grupami lekarskiemi. Nadto chroni ten sposób starszych, wyczerpanych pracą lekarzy przed kolegami młodszymi, którzy są ruchliwsi i do konkurencyi zdolniejsi. Gdyby pod tym względem Austrya szła za wzorem Niemiec, to byłoby rzeczą niemożliwą, żeby n. p. zupełnie pomijano jubileusze zasłużonych lekarzy, gdy zwykły woźny rządowy, przechodzący w stan spoczynku, dostaje krzyż zasługi, a naczelnik straży ogniowej nawet order. W państwie monarchicznem, jak Austrya, nie jest sprawa tytułów podrzędną, podnoszenie tej sprawy nie jest wynikiem próżności, lecz ma znaczenie praktyczne. Dlatego należałoby się nad sprawą tą dobrze zastanowić i uczynić ją jednym z desyderatów lekarskich.

Przypatrzmy się jeszcze nieco więcej stosunkom adwokackim. Już tytuł adwokata (u nas »krajowy«, »dworski i sądowy« w Wiedniu — Hof- und Gerichtsadvokat) podnosi go na wyższy poziom społeczny i łatwo da się zrozumieć, dlaczego adwokaci energicznie protestowali przeciw zniesieniu tego tytułu. — Donioślejsze jednak jeszcze znaczenie ma to, że przy egzaminach adwokackich obok wysokich funkcyonaryuszy sądowych zasiadają jako egzaminatorowie adwokaci, których deleguje Izba adwokacka. Przywilej taki jest nieoceniony dla społecznego i materyalnego rozwoju tego stanu i dla znaczenia i powagi Izb adwokackich.

I stan lekarski miał niegdyś w Austryi podobny przywilej, ale mu go poprostu odebrano. Każdy dyplomowany lekarz był dawniej członkiem kollegium doktorskiego, które delegowało zawsze do egzaminów lekarza praktyka jako komisarza egzaminującego. Dzisiejsze organizacye lekarskie (Izby lekarskie) powinnyby starać się o odzyskanie utraconych praw, a byłoby to zadanie ważne i wdzięczne. Delegat Izby powinienby przyczyniać się do podniesienia wartości egzaminu.

A teraz zważyć należy olbrzymie wogóle różnice znaczenia Izb lekarskich i adwokackich. Różnica ta odbija się też na położeniu materyalnem i stanowisku społecznem obu zawodów. I dlatego powinni lekarze przedewszystkiem z całych sił swych dążyć do tego, żeby dla Izb swych uzyskać taką władzę, jaką już od dawna cieszą się Izby adwokackie ku wielkiemu pożytkowi swoich członków. Lepiej nie mieć żadnej Izby, niż taką, jak obecnie. Zarzut, że Izby nasze mogłyby przy rozszerzeniu ich praw dyscyplinarnych stać się narzędziem w rękach partyi stojącej u steru, jest bezpodstawny. Najlepszym dowodem są właśnie Izby adwokackie, które działają w sposób prawdziwie wzorowy i przedmiotowy. Bo kto zostanie obrany do ciała dyscyplinarnego, tego bezwarunkowo owłada uczucie odpowiedzialności i to przeświadczenie, że od jego wyroku zależy często dobro i powodzenie całego stanu. Dla Izb lekarskich należy koniecznie wywalczyć prawo wykluczania osobników poniżających stan cały, jeśli stan lekarski ma się stać w życiu państwa i społeczeństwa znowu tym poważnym czynnikiem, jakim być powinien ze względu na swą doniosłą działalność, swą inteligencyę i wytrwałą pracę swych członków.

Wreszcie podnosi prelegent potrzebę utworzenia ministerstwa zdrowia. Zastępstwo naszego zawodu w rządzie byłoby jedną z najpotężniejszych dźwigni dla uzyskania korzyści społecznych i materyalnych. Rzecz tę jednak trudno będzie osiągnąć. Natomiast wyżej wspomniane żądania mogłyby być, o ileby cały stan zgodnie i usilnie o to się starał, tem łatwiej wypełnione, że nic nie kosztują, a rząd austryacki chętnie robi podarki, które nie obciążają jego budżetu. *Stahr.*

Czy lekarz ma prawo żądać wynagrodzenia za leczenie osoby zamożnej w klinice lub poliklinice? Przed powiatowy sąd w Pradze pozwał pewien lekarz swego pacyenta o zapłacenie wynagrodzenia za leczenie w klinice. Sąd odniósł się do Izby lekarskiej, a ta wydała następujące orzeczenie: Wysokość żądanego honoraryum nie wydaje się wcale przesadzoną wobec stosunków finansowych skarżonej osoby. Jednakże zdaniem Izby prawo do pomocy w klinikach i poliklinikach mają wyłącznie niezamożni, co uznało i Namiestnictwo i co wyraźnie napisano na tabliczkach, przybitych na drzwiach wchodowych i na formularzach receptowych po wszystkich klinikach. I dlatego są lekarze szpitalni zobowiązani odmawiać leczenia ambulatoryjnego osobom, których zdolność płacenia jest im znaną, lub widoczną. Jeśli lekarz nie nabierze przekonania, że dana osoba może za pomoc lekarską zapłacić, powinien służyć radą swą za darmo, w żadnym razie jednak nie powinien żądać zapłaty za pomoc udzieloną w ambulatoryum klinicznem. *Stahr.*

Śmiertelność w różnych krajach Europy. »Wiener med. Presse« (Nr 50, 1907) streszcza ciekawą pracą Fontaina i Hubera o śmiertelności w różnych krajach Europy. W dziesięcioleciu 1891—1900 śmiertelność waha się (na 10.000 mieszkańców) od 164 (Szwecya) do 334 (Rosya). W Austryi wynosi ona 266, na Węgrzech 299. Z porównania ze statystykami poprzedniemi wynika, że śmiertelność się zmniejszyła. Statystyka ta, jak i inne dowodzi, że umiera wogóle więcej mężczyzn, niż kobiet. Największa śmiertelność jest u dzieci poniżej roku, potem od 1—4 roku, następnie po 54. roku życia, a w końcu dopiero w latach od 4—54. Znacznie zmniejszyła się obecnie śmiertelność z duru brzusznego i plamistego i ospy. Co do gruźlicy, to stosunki śmiertelności wybitniej się nie poprawiły, śmiertelność stanowi z gruźlicy jeszcze $^1/_6$—$^1/_{10}$ ogólnej liczby. Natomiast stwierdzić można wybitnie i stale zwiększającą się śmiertelność z powodu raka. W krajach o małej śmiertelności stanowi ona $^1/_{16}$ ogólnej liczby. *Kl.*

Ciekawy proces o odszkodowanie. Pewien hamburski ginekolog odesłał 33-letnią kobietę z grożącem poronieniem do szpitala, gdzie przyjętą na oddział położniczy leczył i operował Dr Y i po tygodniu wypuścił jako uleczoną. Bezpośrednio po wyjściu ze szpitala chora poroniła. Wynika z tego, że zabieg, dokonany przez lekarza szpitalnego, zmierzający do usunięcia płodu, chybił celu i że chora w istocie wyszła ze szpitala nie wyleczona. Chora przez to poniosła pewne szkody materyalne i zaskarżyła przed sąd Dra Y. o błąd lekarski i równocześnie gminę Hamburga, jako odpowiedzialną za zaniedbanie swego urzędnika i obowiązaną do dostarczenia publiczności jak najlepszej opieki lekarskiej, którego to obowiązku gmina wobec chorej nie spełniła. Oskarżony lekarz przyznaje, że się pomylił w rozpoznaniu i stosował leczenie na podstawie błędnego rozpoznania. Jednak nie czuje się winnym zaniedbania mimo, że przeoczył płód, a to z tej przyczyny, że przypadek był niezwykły i dlatego pomyłka da się łatwo wytłómaczyć. Gmina zaś tłómaczyła się tem, że Dr Y. jest wyćwiczonym i doświadczonym lekarzem pomocniczym tak, że mu leczenie takich przypadków można było bezwarunkowo powierzyć. Sąd oddalił skargę. W sporze tym wyłoniło się dużo szczegółów, ciekawych zarówno pod względem prawniczym, jak i lekarskim. Ciekawe jest orzeczenie wezwanego do rozprawy znawcy, który wywodził, że winnym omawianemu przypadkowi jest w pierwszym rzędzie system szpitalny. Każda chora udając się do szpitala gminnego ma słuszne prawo domagania się pomocy najlepszej od najlepszych specyalistów. Takiego specyalisty ginekologa jednak w tym szpitalu nie ma. Pomyłki zdarzają się i na najlepszych klinikach, bo to jest rzecz ludzka, ale gmina Hamburga nie stara się o to, by w szpitalu był ginekolog dostatecznie doświadczony, któryby się w danym przypadku nie był pomylił. Winnym zatem jest system, a szczególnie głośno nie podnoszony, ale w kołach ginekologów dobrze znany opór chirurgów przeciw oddawaniu oddziałów szpitalnych ginekologom-specyalistom. Gmina przeciw tłómaczeniu temu energicznie zaprotestowała, zaprzeczając, by istniał jakikolwiek związek między systemem, panującym w szpitalnictwie hamburskiem, a sporną sprawą: Dr Y. miał bowiem dostateczne doświadczenie, bo w innym szpitalu leczył samych poronień 142, co stwierdziło kollegium lekarskie, uznając równocześnie Dra Y. za dostatecznie wykształconego w zakresie ginekologii. Sąd, omawiając orzeczenie znawcy, wywodzi, co następuje: Jest dowolnem przypuszczenie skarżącej, iż gmina ma obowiązek dostarczyć chorej pierwszorzędnej pomocy lekarskiej, albo że ma utrzymywać w szpitalu osobny oddział ginekologiczny pod kierunkiem jakiegoś sławnego ginekologa. Gmina służy swoim chorym takiemi urządzeniami szpitalnemi i takimi lekarzami, jakich ma, w danym przypadku nie

ma (milczącego) zobowiązania się gminy do oddania na usługi chorej szczególnie dobrych urządzeń szpitalnych i szczególnie wybitnych sił lekarskich. Jeśli znawca powiada, że »każda chora udająca się do szpitala gminnego ma prawo do najlepszej porady od najlepszych specyalistów«, to jest to żądanie, usprawiedliwione ze względu na interes publiczny i żądanie, o którego spełnienie powinny się starać powołane czynniki, ale mylnem jest zapatrywanie znawcy, o ile chodzi o ocenę prawną danego przypadku, ocenę, opierającą się na ustawie cywilnej. Zdania w kołach lekarskich były podzielone; z punktu widzenia prawniczego jest argumentacya sądu słuszną. Proces ten jest ciekawy i ze względu na nasze stosunki i organizacye lekarskie powinny go sobie zapamiętać. *Stahr.*

Państwowy Związek organizacyi lek. austr. ogłasza: 1) ostrzeżenie przed posadą lekarza Kasy brackiej gwarectwa w Dziedzicach-Czechowicach, ponieważ posadę tę wypowiedziano obecnemu lekarzowi bez słusznego powodu; wiadomości udzielają Dr Huppert w Bielsku i Dr Stiller, prezes organiz. śląskiej; 2) wiadomość o ukonstytuowaniu się organizacyi lek. w Krainie, gdzie prezesem obrano Dra Orazina.

Prezes: *Dr Janeczek.*

Z administracyi znaczków receptowych. Ponieważ często przydarza się, że Szanowni Koledzy zamawiają znaczki receptowe, blankiety receptowe i rachunki lekarskie — niewłaściwie u innych kolegów z Wydziału Towarzystwa Samopomocy, — co powoduje znaczną zwłokę w ekspedycyi — podaję do wiadomości Szanownych Kolegów, że żądania adresować należy jedynie i wyłącznie do administracyi znaczków receptowych. Kraków, Radziwiłłowska L. 4. (dom Tow. lek.). Należytości za powyższe przedmioty przesyłać należy albo czekiem pocztowej Kasy oszczędności Nr 67.268, albo w braku takiego wprost do mnie przekazem pieniężnym, z wyjaśnieniem na odcinku, na jaki cel kwota jest przeznaczona. W ten sam sposób przesyłać należy dary noworoczne na fundusz wdowi i sierocy.

Dr Żydłowicz, administrator. (Kraków, ul. Floryańska 22).

Z administracyi znaczków receptowych.

Sprzedano znaczków:	po 4 h	po 1 h.
Od r. 1904 do końca r. 1906 . . .	314,765	112,950
W r. 1907 do końca listopada	40,373	42,500
W grudniu 1907	1,502	2,000
razem	356,640	158,450

Dr Żydłowicz, administrator.

Nowy sposób pomocy dla wdów po lekarzach obmyślił niemiecki »Związek lipski«, tworząc w Berlinie komitet, który zajmie się kształceniem zawodowem (na położne, dozorczynie chorych i t. p.) i dostarczaniem zatrudnienia wdowom po lekarzach. *R.*

Lekarzy w Austryi jest obecnie (1908) 12.041 (w roku 1907—11.937), w Galicyi 1472 (1480), we Lwowie 339 (347). *R.*

Przy reorganizacyi ubezpieczenia robotniczego w Austryi miałaby być według orzeczenia przybocznej rady ministerstwa handlu, sprawa lekarzy Kas chorych i ich wynagrodzenia pozostawiona umowom między Kasami a lekarzami; zalecałoby się jednak wydanie ogólnych w tej sprawie wskazówek. *R.*

Niemieckie Kasy chorych wydały w czasie od r. 1885 do 1904 gotówką w zasiłkach 1.114.629,489 mk., lekarzom wypłaciły 514.803,920 mk., — na leki 402.757,651 mk., — za leczenie swych członków w zakładach 303.061,148 mk., — położnicom 35.543,672 mk., a kosztów pogrzebowych 83.703,839 mk. *Stahr.*

Etruscy dentyści przed 2300 laty. W »Rivista Italiana di Odontojatria« pisze prof. G. Galli o sztucznych zębach, wyrabianych w IV. wieku przed Chr., opierając się na zbadaniu czaszki, którą znaleziono na starym etruskim cmentarzyku miasta Falerii. Robota dentystyczna w tej czaszce składa się z 4 złotych kapsli, z których dwie pokrywają 2 zęby naturalne i służą im za podporę, inne zaś dwie służą za sztuczne zęby. Etruskowie znali także i mastyks, którym wypełniali jamy sztucznych zębów. Że się ta robota utrzymała przez prawie 2300 lat, świadczy o dobrem jej wykonaniu. *Stahr.*

Zwalczanie chorób wenerycznych powinno według elaboratu, który wiedeńskie Towarzystwo lek. (k. k. Gesellschaft der Ärzte) przedłoży rządowi austryackiemu, opierać się na odpowiednich nowych przepisach w sprawie zakażenia wenerycznego. Gdy choroba weneryczna jednostki zagraża niebezpieczeństwem ogółowi, powinna obowiązywać zasada leczenia przymusowego tej jednostki. Towarzystwo oświadcza się w zasadzie przeciw obowiązkowi donoszenia o chorobach wenerycznych z wyjątkiem tych przypadków, gdy zagraża niebezpieczeństwo dla ogółu, oraz przypadków zakażenia osób nieletnich. Zresztą do tajemnicy o chorobach wenerycznych powinni być oprócz lekarzy praktycznych obowiązani także lekarze urzędowi i urzędnicy sanitarni. Prostytucya, nadzorowana przez władze, znacznie mniej zagraża rozwleczeniem chorób wenerycznych, niż nienadzorowana prostytucya tajna. Zakażone prostytutki należy leczyć i odosobniać przymusowo. Badania lekarskie prostytutek nie mogą odbywać się w ich mieszkaniu; wynagradzać za nie ma lekarzy władza. Liczba łóżek dla chorych wenerycznych powinna być w szpitalach pomnożona, a leczenie szpitalne ile możności bezpłatne. Osoby zakażone, które wiedząc o tem, obcują płciowo, należy karać. Najważniejszym jednak środkiem zwalczania chorób wenerycznych jest stosowne pouczanie publiczności.. *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 29. XII. 1907 do 4. I. 1908 doniesiono o 30 nowych przypadkach duru plamistego w 11 gminach, a mianowicie: pow. Brzeżany (Chorobrów 2, Chorościec 3), Bochnia (Borek 1), Jarosław (Nienowice 1), Lisko (Lisko 4), Rawa (Wulka mazowiecka 2, Niemirów 1), Skałat (Połupanówka 13), Śniatyn (Dżurów 1), Tłumacz (Jezierzany 1), o 3 przypadkach ospy w Gromcu pow. Chrzanów i o 3 przypadkach nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych w Łobzowie pow. Kraków (z tych 2 stwierdzono bakteryologicznie). *T.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 29. XII. 1907 do 4. I. 1908 było przypadków: płonicy 3 † 1, duru brzusznego 6, błonicy 3, róży 1. *W.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 22. do 28. XII. 1907 urodziło się dzieci żywo 43, nieżywo 5; zmarło osób 45 (w tem obcych 15), z nich z gruźlicy 10 (5), zapalenia płuc 2, błonicy 1, duru brzusznego 1. — Od 29. do 31. XII. 1907 urodziło się dzieci żywo 29, nieżywo 4; zmarło osób 16 (w tem obcych 8), z nich z gruźlicy 7 (4), zapalenia płuc 2, płonicy 1, duru brzusznego 1 (1). *S.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Ustępującego dyrektora szpitala św. Łazarza, Prof. Dra Poniklę, żegnali w d. 31. XII. 1907 wszyscy lekarze i urzędnicy szpitala. Imieniem prymaryuszy przemawiał Prof. Dr Pareński, sekundaryuszy Dr Murczyński, od młodszych lekarzy Dr Friedeker, od urzędników kierownik apteki, dyr. Muthsam, wręczając adres pożegnalny. Wydział krajowy upoważnił komitet administracyjny szpitala do wyrażenia dyr. Ponikle uznania za Jego wieloletnią pracę, a urzędnicy departamentu sanitarnego Wydziału kraj. nadesłali pożegnalny telegram.

— Na stanowisko dyrekrora szpitala św. Łazarza ogłosił Wydział krajowy konkurs z terminem do 1. marca 1908.

Przed rozstrzygnięciem podobnego konkursu w r. 1893 pisał »Przegląd lekarski« (Nr 18): »Dyrektor szpitala ma bezpośredni zarząd szpitala w sprawach lekarskich, administracyjnych i gospodarczych, z czego wypada, iż musi kierować wszystkiemi czynnościami personalu lekarskiego, administracyjnego i gospodarczego, wglądać w nie nieustannie, kontrolować i decydować w sprawach, w których personal szpitalny nie może postępować samodzielnie. To wszystko wymaga koniecznie, by dyrekcya szpitala spoczywała w rękach lekarza, któryby obejmując swem okiem całość szpitala i doglądając każdej czynności z osobna, miał nieustannie na pieczy ten nieodzowny w szpitalu ład i harmonię między wszystkiemi częściami wielkiej instytucyi, bez których szpital nie może ani na chwilę spełniać skutecznie swego celu. Czynności też, z tego zadania naczelnika szpitala wypływające, są tak rozliczne, tylu wymagają wiadomości i osobnego doświadczenia z zakresu nietylko nauk lekarskich, osobliwie higieny, ale i pewnych gałęzi techniki, administracyi, zwykłego gospodarstwa domowego, znajomości stosunków miejscowych i ludzi w szpitalu zatrudnionych, są tak wielorakie, niespodziewane, wymagają tak często niezwłocznej na miejscu decyzyi, iż niemi nie można w żaden sposób obarczać żadnego innego lekarza szpitalnego.... Nie może być wątpliwości, że dyrektor musi być ciągle w szpitalu, t. j. musi w nim mieszkać. Nietylko bowiem, że ludzie są ludźmi i będą się czyto w dzień, czy w nocy, opuszczać w speł-

nianiu swych tak ważnych obowiązków, gdy będą wiedzieć, iż dyrektora niema w szpitalu — przecież są pewne godziny dnia lub nocy, w których trudno spodziewać się dyrektora — ale w każdej chwili zdarzyć się może coś w szpitalu, co wymaga koniecznie natychmiast interwencyi dyrektora, że tu wymienimy tylko wątpliwości lekarza dyżurnego, czy chorego przyjąć do szpitala, czy nie, i do jakiego oddziału, dostawę żywności i leków, niespodziewane zdarzenia w urządzeniach sanitarnych i mechanicznych szpitala, nagłe żądania lekarzy oddziałowych, wreszcie nagłe zdarzenia patologiczne w szpitalu, gdzie lekarz pomocniczy potrzebuje koniecznie pomocy lub rady choćby tylko w tym względzie, czy ma wezwać swego szefa oddziałowego. Tu i osobny telefon wprost ze szpitala do mieszkania dyrektora nie może zastąpić obecności jego na miejscu. Dlatego nie wahamy się wyrzec, że dyrektor powinien nieodzownie mieszkać w gmachu szpitalnym«.

Słuszne te uwagi do dziś dnia nie straciły nic na znaczeniu.

— Dzienniki stwierdzając, że w ostatnich kilku tygodniach była w Krakowie znaczniejsza liczba przypadków duru brzusznego, wzywają miejski urząd zdrowia do energiczniejszej akcyi dla wykrycia źródeł i zwalczenia epidemii i zauważają słusznie, że sprawą tą powinna się już była zająć miejska komisya sanitarna, ale w posiedzeniach jej nastąpiła znowu niczem niewytłómaczona trzechmiesięczna przerwa.

— Ze wszech miar zasługujące na poparcie Sanatoryum dla młodzieży Towarzystwa »Pomoc Bratnia« w Zakopanem uzyska może wreszcie wydatniejszą pomoc dzięki zbiorowej akcyi 30 towarzystw i kółek słuchaczy U. J., które postanowiły zgromadzić dla Sanatoryum »Legat im. Wyspiańskiego«. W zbieraniu ofiar będzie redakcya »Przeglądu lek.« chętnie pośredniczyć.

— »Krajowe Ognisko nauczycielskie« krząta się energicznie około zebrania funduszów na sanatoryum dla nauczycieli ludowych i uzyskało już pozwolenie ministerstwa skarbu na urządzenie na ten cel wielkiej loteryi fantowej z prawem wydania pół miliona losów jednokoronowych.

— Dr Waleryan Macudziński, dyrektor szpitala w Jaśle, usuwa się z początkiem r. 1908 z tego stanowiska. Jestto, o ile nam wiadomo, pierwszy za ery samorządu przypadek, że dyrektor szpitala zdołał wysłużyć 40 lat.

Lwów. Na posiedzeniu Krajowej Rady Zdrowia w d. 4. b. m. wydano opinię w sprawie szpitala w Białym Kamieniu, w sprawie okręgów sanitarnych w Husakowie i Kozłowie, w sprawie jednej lecznicy prywatnej w Zakopanem i dwóch w Krakowie, w sprawie oddziału dla chorób zakaźnych w lwowskim szpitalu krajowym, a wreszcie obradowano nad reformą egzaminów fizykackich.

— Wydział Izby lekarskiej wschod.-gal. odbył d. 3. I. b. r. posiedzenie, na którem jako Rada honorowa przeprowadził rozprawę przeciw jednemu z lekarzy, którego uznano winnym przekroczenia etyki lekarskiej przez to, iż używa faktorów dla pozyskania pacyentów i że od jednego wieśniaka bez dokładnego zbadania i udzielenia mu porady lekarskiej, lecz tylko za skierowanie go do szpitala, zażądał i pobrał 60 koron honoraryum. Również udowodnionem zostało, iż oskarżony używa nieprawnie nienależącego mu się tytułu. Za przekroczenia te nałożono grzywnę w wysokości 300 K; obwiniony wyrok przyjął. — Następnie odbyło się posiedzenie Wydziału Izby, na którem Dr Papée, jako referent nowego regulaminu Izby, przedstawił projekt nowego rozdziału mandatów Izbowych w poszczególnych powiatach politycznych, należących do Izby wschod.-gal. Według tego projektu miałoby być okręgów 12, zamiast dotychczasowych 10, z 19 delegatami zamiast dotychczasowych 13; jeden mandat przypadłby mniej więcej na 40 lekarzy, na Lwów przypadłoby 8 mandatów. Projekt ten przyjęto, a tem samem przyjęto w całości i ostatecznie nowy regulamin Izby, który następnie przesłany zostanie ministerstwu do zatwierdzenia.

— Na posiedzeniu Rady zawiadowczej Towarzystwa lekarzy galicyjskich dnia 21. grudnia 1907 rozdzielono jednorazowych zapomóg 25 wdowom i sierotom po lekarzach w łącznej kwocie 2,770 koron, z tego 200 kor. na rok 1907, a 2,570 kor. na rok 1908. W szczególności z funduszów Towarzystwa otrzymało zapomogi 13 wdów po członkach Towarzystwa lekarzy gal. w łącznej kwocie 2,060 kor.; najniższa zapomoga wynosiła w tej rubryce 100 koron, najwyższa 200 koron; z funduszu Dra Gilewskiego udzielono zapomóg 11 wdowom i sierotom po lekarzach, którzy nie byli członkami Towarzystwa, w łącznej kwocie 810 kor. po 50 do 120 kor.; z funduszu Dra Barzyckiego i zapisu Dra Roickiego przyznano sierocie po lekarzu rządowym 100 kor. Trzech próśb nieuwzględniono. Rozdano remuneracye personalowi Towarzystwa w kwocie 175 kor. Wybrano delegata na uroczystość jubileuszową Towarzystwa lekarskiego lwowskiego w osobie prezesa Dra Józefa Merunowicza. Uchwalono zgodzić się na propozycyę Towarzystwa »Samopomoc lekarzy«, aby w § 29 statutu powstać mającego stowarzyszenia »Krajowy Związek lekarzy« zamieszczoną została klauzula, że na wypadek rozwiązania tego towarzystwa majątek jego przechodzi w zarząd Tow. lek. gal., a gdyby w ciągu lat 15 nie powstało takiesamo stowarzyszenie, na jego własność.

— Dowiadujemy się, że w ciągu r. b. ukaże się z druku IV Zeszyt podręcznika chirurgii Prof. Rydygiera. Wiadomość tę witamy z prawdziwą radością. Równocześnie ukażą się 3 pierwsze zeszyty znakomitego tego dzieła w drugiem, uzupełnionem wydaniu

— W klinice chirurgicznej R. dw. Prof. Dra Rydygiera wakuje miejsce rządowego elewa z płacą 600 K rocznie. Pierwszeństwo mają kandydaci, mający pewne studya w zakresie anatomii i histologii patologicznej lub medycyny wewnętrznej. Zgłaszać należy się zaraz do Dyrektora kliniki.

— Dr Eugeniusz Piasecki otwarł zakład ortopedyczny, a Dr Korman wspólnie z mr. farm. p. Sklepińskim prywatną pracownię chemiczno-bakteryologiczną.

— Od Nowego Roku wychodzić zaczęło we Lwowie pod redakcyą Prof. Stanisława Zakrzewskiego »Ateneum polskie, miesięcznik poświęcony sprawom kultury«. O wydawnictwie tem godzi się wspomnieć także na łamach pisma lekarskiego, bo zarówno zakres pisma, zaznaczony w tytule, jak i znajdujące się wśród licznego zastępu współpracowników nazwiska wybitnych lekarzy i przyrodników upewniają, że ramy nowego miesięcznika obejmą także dziedzinę nauk biologicznych i lekarskich i że w społecznym dziale pisma uwzględnioną będzie także higiena społeczna. Z tych względów obudzi »Ateneum« zajęcie niewątpliwie i w kołach lekarskich. Do współpracowników należą niemal wszyscy wybitni uczeni i literaci polscy; z lekarzy spotykamy nazwiska: Prof. Becka, Doc. Biernackiego, Dra E. Piaseckiego i Dra J. Starzewskiego. Na treść pierwszego zeszytu złożyli się prócz samego redaktora: Kasprowicz, Orkan, Staff, Raciborski, A. Siedlecki, Jachimecki, Zuber, Porębowicz i i. Prof. Zuber porusza w swym artykule ważną sprawę reformy uniwersytetów. Słabą stroną wszechnic austryackich jest to, że dziś są one przedewszystkiem szkołami praktycznemi, »fabrykami« praktycznych lekarzy, adwokatów, urzędników i t. d. Prof. Zuber proponuje albo zupełne odłączenie szkół zawodowych od właściwego uniwersytetu, albo zorganizowanie dla tych praktycznych celów osobnych kolegiów w uniwersytetach.

— Program posiedzenia sekcyi jarosławskiej Tow. lekarzy gal. w d. 10. I. 1908 obejmował: 1) Demonstracye chorych, Dr Fechter. 2) O prostytucyi, Dr Turzański. 3) Sprawozdanie roczne. 4) Wybór biura sekcyi i delegatów na Walne zgromadzenie.

Warszawa. W Towarzystwie higienicznem warszawskiem odbyło się w d. 30. XII. 1907 zebranie ogólne, na którem prócz spraw sanatoryum dla piersiowo chorych załatwiono budżet Towarzystwa na r. 1908 (4100 rb.), budżet miesięcznika »Zdrowie« (2520 rb.), ogrodów im. Raua (21.600 rb.) i instytutu br. Lenvala (10.000 rb.).

— Budżet szpitala ewangielickiego na r. 1908, zatwierdzony przez Wydział dobr. magistratu, obliczono w dochodach i wydatkach na 34.063 rb. Gmina wyznaniowa ewangielicka zamierza wznowić starania, by szpital ten służył wyłącznie na potrzeby gminy, jako przez nią wyłącznie założony i utrzymywany. — Dzienniki podnoszą potrzebę przeniesienia szpitala św. Łazarza za miasto i rozszerzenia szpitala Dz. Jezus przez dobudowanie dwóch brakujących pawilonów (wśród nich drugiego chirurgicznego). Na naradzie lekarzy szpitalnych w sprawie usunięcia ze szpitali chorych nieuleczalnych (m. i. obłąkanych ze szpitala Jana Bożego) uznano przytułek w Górze Kalwaryi za nieodpowiedni do tego celu. Warszawskie Towarzystwo opieki nad umysłowo chorymi zgadza się umieścić w swoim przytułku 40 chorych ze szpitala Jana Bożego, żądając po 100 rb. za urządzenie każdego łóżka; większą liczbę chorych przyjęłoby Towarzystwo, gdyby miasto na rozszerzenie przytułku Towarzystwa w Drewnicy dało 90.000 rb. Propozycye te ma jeszcze rozpatrzeć Wydział dobr. magistratu. — Do Rady dobr. magistratu powołano 4 obywateli miasta, wśród nich z lekarzy prof. J. Kosińskiego.

— *Otrzymujemy następujące pismo:*

Na skutek orzeczenia Sądu koleżeńskiego przy Stowarzyszeniu lekarzy polskich w Warszawie, uważam za swój obowiązek zawiadomić Szanowną Redakcyę, że fakty, podane przeze-

mnie w korespondencyi z Warszawy w Nrze 45 »Przeglądu lekarskiego« z r. b., podpisanej inicyałami Dr Ł., a którą to korespondencyą, jak się okazało, uczuli się dotknięci koledzy Borzymowski, Drabczyk i Purytz, niezupełnie odpowiadały istotnemu stanowi rzeczy, chociaż były zgodne z krążącymi w Warszawie głosami. — Warszawa, 12 grudnia 1907. *Dr Stan. Łagowski.*

— Miarą szerzenia się ospy w Łodzi jest m. i. śmiertelność z tej choroby u dzieci. Od 15. X. do 15. XI. zmarło z ospy 198 dzieci, od 15. XI. do 15. XII—222. Magistrat, miejska komisya sanitarna, ani piotrkowski urząd gubernialny nie uczyniły nic dla stłumienia epidemii, a uchwała Towarzystwa higienicznego, które chciało utworzyć 8 stacyi bezpłatnego szczepienia, przesłana gubernatorowi piotrkowskiemu, przez 2 miesiące nie doczekała się nietylko zatwierdzenia, ale nawet odpowiedzi. Obecnie epidemia sama się już zmniejsza, natomiast grasuje odra, z której zmarło dotąd 39 osób. Dotychczasowy szpital dla chorych na ospę zamieniono na stały szpital zakaźny. Będzie to pierwszy miejski szpital w Łodzi, a i to zaledwo na 120 łóżek, co jest niesłychanie mało. Ludność uboga jest wogóle niemal zupełnie pozbawiona pomocy szpitalnej, bo istniejące szpitale fabryczne i prywatne są dostępne jedynie dla robotników lub ludzi zamożniejszych, a szpitali nie może zastąpić pomoc czterech bezpłatnych ambulatoryów, także prywatnych (fabr. Poznańskich, Towarzystw dobroczynności i Czerw. Krzyża), a przez to zależnych od stopnia ofiarności prywatnej. Na szczęście powiodło się staraniom lekarzy szpitala Poznańskich uzyskać dalsze subwencyonowanie tego szpitala przez rodzinę fundatorów, a przez to utrzymać nadal szpital w teraźniejszym stanie. Jednakże utrzymanie się bezpłatnego ambulatoryum przy tym szpitalu zależy od gminy izraelickiej, bo należące się od niej szpitalowi za leczenie ubogich 35.000 rbs., przekazała rodzina Poznańskich na to ambulatoryum, i gdyby gmina izraelicka nie dotrzymała przyrzeczenia, że dług ten ratami spłacać będzie, musiałoby być ambulatoryum (udzielające dotąd 50.000 porad rocznie) od 14. I. b. r. zamknięte.

— Działalność (z wielu względów wadliwych) Instytucyi lekarskich okręgowych, wprowadzonych przez rząd jako pomoc lekarska dla ludności w gubernii płockiej przed kilku laty, została przedłużona na mocy postanowienia komitetu ministrów do 14. I. 1909.

— Ustawa Polskiego Towarzystwa lekarskiego w Kijowie została przez władze zalegalizowana.

Wilno. Do zarządu Towarzystwa lekarskiego na r. 1908 zostali wybrani: Dr Marewicz (prezes), Dr Lapides (wiceprezes), Dr Adamowicz (sekretarz), Dr Hłasko (skarbnik), Dr Safarewicz (bibliotekarz), Dr Wojnicz (laborant), aptekarz Hołub (kustosz). Byłego prezesa Dra Wojnicza mianowano jednomyślnie członkiem honorowym.

— Dr L. Czarkowski wybrany został I. wiceprezesem Zarządu głównego Tow. »Oświata« w Wilnie.

Z rożnych stron. Redakcyę »Österr. Vereinszeitung«, najstarszego pisma zawodowego lekarskiego w Austryi, objął Dr Janeczek, prezes Państw. Związku organizacyi lekarskich austryackich.

— »Klinisch-therap. Wochenschrift« (Nr 1) podaje wiadomość, że Dr M. Stefanowska otrzymała katedrę w uniwersytecie.... warszawskim. Wiadomość ta brzmi bardzo osobliwie.

— Wydział lekarski paryski został z objęciem urzędu przez nowoobranego dziekana, Prof. Landouzy, z końcem grudnia r. z. z powrotem otwarty.

— Dla badania wola w Szwajcaryi, gdzie zdarza się on u 14% tych popisowych, którzy nie są zdolni do służby pod bronią, zawiązał się komitet, złożony z najwybitniejszych lekarzy kraju. Rada związkowa udziela temu komitetowi dotacyi 5000 fr. rocznie.

— W Niemczech zawiązuje się osobny »Związek lekarzy szkolnych«.

— Nadmiar lekarzy, na który uskarża się Europa, niczem jest w porównaniu do stosunków w Japonii, gdzie jeden lekarz przypada na 1348 mieszkańców. Obecnie jest w Japonii przeszło 35.000 lekarzy, z nich tylko 33 cudzoziemców.

Mianowani: Znany dermatolog Dr Unna, Dr L. E. Pfeiffer i Dr Voigt w Hamburgu (przez Senat miejski) profesorami; bakteryolog Dr Ficker w Berlinie prof. nadzwyczajnym; doc. Dr Hesse dyrektorem kliniki dentyst. w Jenie.

Zmarli: Chirurg prof. Hoffa z Berlina, twórca nowoczesnej ortopedyi, w Kolonii.

Dr Władysław Kryże

ur. w r. 1839 w Białej Siedleckiej, zmarł w Warszawie. Ukończywszy gimnazyum w Lublinie, rozpoczął studya w akademii medyko-chirurgicznej w Warszawie. Studya te przerwały wypadki r. 1863; ciężko ranny, udał się ś. p. Kryże do Galicyi. Po powrocie do Warszawy ukończył studya w r. 1874, poczem pracował kolejno jako ordynator, lekarz naczelny i kurator w szpitalu na Pradze, który z małego szpitalika o 60 łóżkach zdołał przekształcić w pierwszorzędny duży szpital, mieszczący 400 chorych. Równocześnie był lekarzem kolei terespolskiej, a od r. 1897 lekarzem naczelnym (rządowych) kolei nadwiślańskich, gdzie zdołał utrzymać do dziś pomimo wszelkich trudności polski personal lekarski, zreformował pomoc lekarską i urządził wzorowo szpital kolejowy.

Redakcya otrzymała: Dr Bruno Wojciechowski: Uwagi nad pięciu przypadkami cięcia cesarskiego sposobem Fritscha. »Ginekol.« 1907.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę dnia 15. stycznia o godz. 6 wieczorem w Domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Porządek dzienny: Sprawozdanie Zarządu za r. 1907.

Po posiedzeniu **wieczerza koleżeńska**, na którą należy się zgłaszać wcześnie.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Euferrol „Riedel“ (Dr F. Steil. »Med. Klinik« 1907, Nr 28) jest połączeniem żelaza i arsenu w takiej ilości, w jakiej je znajdujemy w wodzie Levico. Stosując kapsułki euferrolowe, stwierdził Steil przewagę euferrolu nad innymi środkami wtedy, gdy po wyczerpaniu zapasu musiano je stosować do czasu sprowadzenia świeżego transportu euferrolu. Używać go należy przez pierwsze 3 dni 3 razy dziennie po 1 kapsułce, potem 3 razy dziennie po 2, a nawet przy dłuższem używaniu 3 razy po 3 kapsułki. *Ll.*

Stowaina i skopomorfina. (Prof. B. Krönig i Dr C. J. Gauss. »Münch. med. Wochs.« 1907, Nr 40, 41). Przy znieczulaniu lędźwiowem stosują ogólnie nie więcej jak 0,08 stowainy, a gdy to nie wystarcza, dodają uśpienie chloroformowe. Aby uniknąć przykrych następstw, należy przy znieczulaniu zwracać uwagę na ciężar właściwy stowainy i na technikę wstrzyknięcia. Przed użyciem stowainy dodają do niej K. i G. suprareniny, która utrzymuje chemiczną czystość roztworu. Przy takich ostrożnościach wykonali K. i G. pomyślnie 300 znieczuleń; natomiast bez tych ostrożności wśród poprzednich 400 wydarzyły się trzy wypadki śmierci. W ostatnich 600 przyp., gdzie znieczulenie lędźwiowe połączono z uśpieniem skopolaminowo-morfinowem (scopomorphin), nie wydarzyło się ani jedno zapalenie oskrzeli. *Ll.*

Rok IV. 185 Rok IV.

„GŁOS LEKARZY“

Dwutygodnik, poświęcony sprawom zawodowym lekarskim, deontologii lekarskiej i zagadnieniom z zakresu medycyny społecznej.

Wychodzi we Lwowie pod redakcyą

Dra Szczepana Mikołajskiego.

Przedpłata roczna wraz z przesyłką pocztowa: 6 koron = 6 marek = 3 ruble.

Adres redakcyi i administracyi: **Lwów, ul. Śniadeckich, Nr. 6.**

Cena w Warszawie: rocznie rb. 6 k.— półrocznie „ 3 „ —

MEDYCYNA

Z przes. poczt. i zagranicą: rocznie rb. 7 k.— półrocznie „ 3 „ 50

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY PRAKTYKÓW

wychodzi w Warszawie co sobotę w zwiększonym formacie i obejmuje: 1) Artykuły oryginalne ze wszystkich działów wiedzy lekarskiej. 2) Spostrzeżenia z klinik i szpitali. 3) Kazuistykę lekarską. 4) Najważniejsze wiadomości z dziedziny hygieny współczesnej. 5) Streszczenia, przekłady lub wyciągi z pism zagranicznych. 6) Wykłady kliniczne. 7) Sprawozdania z kongresów naukowych. 8) Krytykę i bibliografię. 9) Kwestye zawodowe. 10) Drobniejsze wiadomości. 11) Nekrologi. 12) Wiadomości bieżące krajowe i zagraniczne. 13) Wzmianki o dziełach nadesłanych do redakcyi. 14) Odpowiedzi od redakcyi. 15) Ogłoszenia i t. d.

Wydawca Dr. GURANOWSKI (Jasna 6). Redaktor Dr. med. SADOWSKI (Krak.-Przedm. Nr. 7. 183

Dr N. Knobel

ordynuje zimą

W MERANIE

Habsburgerstr. 25. 309

Dr JAN BRODZKI

Z BERLINA

B. ASYST. EXCEL. PROF. LEYDENA

ORDYNUJE ZIMĄ:

W HÉLOUANIE W EGIPCIE

LATEM: 318

W KUDOWIE.

NORMALNE WODY MINERALNE

WEDŁUG PRZEPISU

Prof. Dr. W. JAWORSKIEGO w KRAKOWIE.

(NAUKA O CHOROBACH WEWNĘTRZNYCH TOM III. PROF. W. JAWORSKI).

Wyrabia Rządowo uprawniona fabryka

K. RZĄCY i CHMURSKIEGO w KRAKOWIE, ul. św. Gertrudy l. 4. (Telef. Nr. 227).

a) **Wody normalne zawierające składniki tylko mineralne:**

Nr.	Woda normalna	hal.	Nr.	Woda normalna	hal.
I	Normalna . . . . . . flaszka $^3/_4$ l.	40	XII	Jodowa słabsza . . . . flaszka $^3/_4$ l.	50
II	Alkaliczna słabsza . . . „ „	30	XIII	Jodowa mocniejsza . . „ $^1/_2$ l.	50
III	Alkaliczna mocniejsza . „ „	35	XIV	Bromowa słabsza . . . „ $^3/_4$ l.	40
IV	Słona słabsza . . . . „ „	35	XV	Bromowa mocniejsza . . „ $^1/_2$ l.	40
V	Słona mocniejsza . . . „ „	40	XVI	Żelazista . . . . . . „ $^3/_4$ l.	40
VI	Alkaliczno-słona . . . „ „	30	XVII	Arsenowa . . . . . . „ $^1/_2$ l.	50
VII	Glauberska mocniejsza . „ „	40	XVIII	Arsenowo-żelazista . . „ „	50
VIII	Glauberska słabsza . . „ „	30	XIX	Dyetetyczna . . . . . „ $^3/_4$ l.	40
IX	Magnowa . . . . „ „	40	XX	Kwaskowata . . . . . „ $^1/_2$ l.	30
X	Wapniowa . . . . . . „ „	40	XXI	Stołowa normalna . . . „ $^3/_4$ l.	30
XI	Litowa . . . . „ „	50			

b) **Wody normalne zawierające salicylany:**

Nr.		hal.	Nr.		hal.
XXII	A. **Aqua alcalina** eff. **mitior** numerata	40	XXV	D. **Ziemna mocniejsza** numerowana . .	60
XXIII	B. **Aqua alcalina** eff. fortior	60	XXVI	E. **Aqua magnesiae** eff. numerata . .	40
XXIV	C. **Ziemna słabsza** numerowana . . .	40			

UWAGA: Dla odróżnienia, godłem wód normalnych jest na etykietach rysunek **ryby** ze strzałką. Dla uniknięcia pomyłek z wodami naśladowanemi, uprasza się do nazwy szczegółowej wody dodawać wyraz **»normalna«** i numer. Broszury podające skład i terapeutyczne stosowanie wód normalnych przesyłamy na żądanie franko.

201